Nr. 27. 2. lipca 1933 Rok XII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

## WYKŁAD KLINICZNY.

J. KOSTRZEWSKI. Kraków.

### Bakterjologja na przełomie. Bakterjologja a epidemjologja.

Z oddziału chorób zakaźnych Państwowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Niestałość cech drobnoustrojów, więc zarówno zmienność postaci jakoteż chwiejność zjadliwości, zaprzątają ostatnio żywo i mocno umysły badaczy. Zjawiska te znane są nie od dzisiaj. Ale doniedawna je pomijano i lekceważono, widząc w nich tylko coś przypadkowego i wyjątkowego. Dopiero z biegiem czasu, w miarę gromadzenia spostrzeżeń, kiedy się przekonano, że ma się z niemi do czynienia codzień, zaczęto zwracać uwagę i na nie i na warunki, w jakich zachodzą. Te niezwykle zajmujące i niezmiernie doniosłe zjawiska zarówno ze stanowiska bakterjologji czystej jak i stosowanej, mogą się bardzo rozmaicie układać i przedstawiać. Opisem ich zajmować się nie będziemy. Również nie będziemy rozpatrywać tych mnogich i wielorakich czynników powodujących ich występowanie. Wskażemy tylko, że najważniejsze wśród nich znaczenie odgrywa odkryty jeszcze przed kilkunastu laty, ale ciągle dotąd tajemniczy zaczyn czy drobnoustrój, zwany bakterjofagiem. Posługując się nim możemy świadomie wpływać na zmianę własności zarazków. Tem samem cechy zarazków, które uchodziły za stałe i niepodatne, stają się w naszych rękach płynne i giętkie. A przeobrażenia, o których mowa, mogą nieraz tak głęboko sięgać, że granice między jednym a drugim gatunkiem uważane za przepastne i niewzruszone zacierają się i chwieją. W ten sposób odbywają się w naszych oczach i dokonują z naszej woli, według doniedawna ogólnie w bakterjologji obowiązujących zasad, zjawiska niemożliwe i nieprawdopodobne.

Był czas, kiedy bez zastrzeżeń widziano w odchyleniach drobnoustrojów od ich okazowych własności objawy zwyrodnienia lub starzenia się. I podziśdzień ogół stoi na tem samem stanowisku. Ale obok tego powszechnego poglądu odzywają się od kilku lat głosy coraz liczniejsze i coraz śmielsze, przepojone zupełnie odrębnem ujmowaniem sprawy. Słyszymy mianowicie, że chwiejność cech zarazków nie jest odczynem na bodźce zewnętrzne. Przeciwnie, utrzymuje się, że zmienność drobnoustrojów jest pochodzenia wewnętrznego. Że jest zjawiskiem prawidłowem, związanem nieodłącznie z rozwojem i mnożeniem się zarazków. Tem samem odpowiada ona różnym okresom rozwojowym, które zarazek przechodzi. Dowodzi się, że w tem kole rozwojowem mieści się między innemi i płciowe mnożenie, a cowięcej, także okres niewidzialny bezpostaciowego bytowania zarazka.

Nie możemy się oprzeć wrażeniu, jakie nami ogarnia na wiadomość, że przeobrażenia nie są przypadkowem lecz prawidłowem zjawiskiem, i że jako takie są nieodłącznie związane z życiem zarazków. Bo oto w jednej chwili dostrzegamy trudności rozpoznawcze piętrzące się przed bakterjologiem. Przecież zarazek może różnie wyglądać, przecież może zmieniać własności biochemiczne, przecież może bywać zjadliwym lub niezjadliwym! Tych trudności bakterjolog dotychczas nie widział, nie wiedział bowiem, że się dotąd zajmował tylko jednym małym wycinkiem rozwoju drobnoustrojów. Dalej niepokoją nas podejrzenia, czy nie zachodzi, względnie jaka zachodzi, łączność między różnemi okresami życia drobnoustrojów a ich rozpowszechnianiem się? Zastanawiamy się, czy różnym postaciom rozwojowym nie różne przypada znaczenie w przenoszeniu, powstawaniu i jakości przebiegu chorób zakaźnych? Ale przedewszystkiem i najwięcej onieśmiela nas uświadomienie co do bezpostaciowego niewidzialnego sposobu bytowania zarazków! Myśląc o nim, pytamy zdjęci pokorą, jakie w sobie kryje możliwości?

Jesteśmy świadkami nowych prądów w bakterjologji. Obalają one dawne, a niosą nowe pojęcia. Do nowych prądów różni się różnie odnoszą.

* * *

Z przemian, którym zarazek ulega, przyjrzymy się jednej, tej najgłębszej, t. zn. przeobrażaniu się gatunku. Zaczniemy od spostrzeżeń poczynionych u chorych. Będą to wyłącznie dotknięci tylko durem brzusznym i czerwonką.

W wydalinach chorych spotkać można pałeczki, które dopiero po szczegółowem badaniu okazują się zakapturzonym zarazkiem duru brzusznego (D r e s e l i S t i c k l) (1). To znowu wyhodowuje się pałeczki durowe o własnościach odbiegających od okazowych, przyczem te własności są chwiejne, niestałe (A m z e l) (2). Dalej stwierdza się nieraz pałeczki będące przejściem między pałeczką durową a rzekomodurową, między pałeczką durową a drobnoustrojem Gärtnera (powtarzam za F l e c k i e m (3). Przy ponownem znowu szczepieniu krwi chorych na dur brzuszny wyhodowuje się nieraz u jednego i tego samego chorego dzisiaj *b. typhi*, a kiedyindziej *b. paratyphi* lub *b. coli* (W o l t e r (4), S t a u b (5). Znaczenie tych zmiennych wyników badań na tem polega, że chodzi o pojawianie się jednych w miejsce drugich zarazków we krwi chorych niemających żadnych powikłań i nieokazujących objawów zakażenia wtórnego. Bywa znowu, że u chorych dotychczas na dur rzekomy lub na czerwonkę, których wypróżnienia obfitują w odpowiednie zarazki, po pewnym czasie stwierdza się drobnoustroje inne odpowiadające chorobie tej, która zastąpiła pierwszą (S z y m a n o w s k i i S z e r e s z e w s k i (6). Ta sprawa znowu dlatego więzi naszą uwagę, ponieważ zakażenia tą drugą chorobą, a więc i źródła, z którego wtargnęły dla niej właściwe zarazki, trudno jest dociec. Zdarza się, że wyhodowany i oznaczony jako jeden ze szczepów rzekomoczerwonkowych po kilku pokoleniach przeobraża się w inny sobie podobny. Opisano *b. dysenteriae mutabile*. Zarazek przedstawiał cechy bądź *b. Shiga-Kruse*, bądź *b. dysenteriae Y*, bądź *b. coli* (W a g n e r (7). Istnieje pałeczka S c h m i t z'a będąca pośredniem ogniwem między *b. Shiga-Kruse* a *b. pseudodysenteriae*, ponadto pałeczka *Kruse-Sonne* zbliżona do *b. coli*. Niekiedy pod postacią pałeczki okrężnicy kryje się pałeczka czerwonkowa typu *Shiga* (F e j g i n) (8). Często w wypróżnieniach chorych na czerwonkę spotyka się obok siebie kilka typów zarazka. Szczególnie tak bywa u schyłku choroby lub u nosicieli. Byłoby niewłaściwą rzeczą myśleć w tych razach o zakażeniu mieszanem (H o d e r) (9). Korzystam w tem miejscu z nadarzającej się sposobności, by wspomnąć o własnych spostrzeżeniach, jako należących tutaj.

U dwu chorych na czerwonkę, u których powtarzano szczepienia krwi, wyhodowano to *b. Shiga-Kruse*, to *b. coli*, to *b. paratyphi* (10). Przyznaję, wówczas w tym zmiennym wyniku badania krwi nie widziałem tego, czego się w nim dzisiaj dopatruję. U chorego znowu na posocznico-ropnicę ze krwi wyrastało *b. coli commune*, a z płynu mózgowo-rdzeniowego *b. coli luteoliquefaciens* (11). Zależnie od rozmieszczenia a w związku z tem, od różnych warunków bytowania, *b. coli* w jednym i tym samym ustroju żyło w dwu różnych postaciach. Takie względnie im podobne zjawiska dotyczące drobnoustrojów z grupy durowo-okrężnicowej widuje się nierzadko. Nasuwają nam one myśl o przechodzeniu jednego zarazka w drugi. Nie umniejszając w niczem znaczenia spostrzeżeń zebranych u chorych, pragniemy atoli prócz nich mieć na poparcie słuszności naszego rozumowania jeszcze dowody w postaci badań doświadczalnych.

Dlatego przenosimy się z kliniki do pracowni. Tu się dowiadujemy: na pożywkach roślinnych pałeczki durowe ulegają przeobrażeniu nie do poznania (S t i c k l) (12). Podobnie rzecz się ma z pałeczką duru brzusznego hodowaną w moczu (B o h d a n o w i c z ó w n a i Ł a w r y n o w i c z) (13). Na tem nie koniec. Dokonano bowiem przeistoczenia *b. typhi* w *b. paratyphi* i w *b. coli* (L o t z e) (14); dalej *b. paratyphi* w *b. enteritidis*, a *b. typhi* w *b. alcaligenes* (powtarzam za F l e c k i e m (3). O wiele łatwiej jeszcze i częściej od *b. typhi* i *b. paratyphi*, tracą swe dotychczasowe cechy a zyskują nowe pałeczki czerwonkowe; zwłaszcza szczepy rzekomo-czerwonkowe. Recz dobrze i oddawna znana. Opisano między innemi przechodzenie pałeczek czerwonkowych w pałeczki duru rzekomego (S z y m a n o w s k i i S z e r e s z e w s k i) (6). Ostatnio przekonano się, że i własności *b. Shiga-Kruse* nie są niewzruszone. Może ono przechodzić w szczepy rzekomo-czerwonkowe. Doświadczenia zaś wykonane na zwierzętach wskazują na możliwość powstawania zarazków czerwonki z *b. coli* (H o d e r) (9). W ten sposób przekonywujemy się, że wyniki badań pracownianych dowodzą słuszności rozumowania opartego na spostrzeżeniach poczynionych u chorych. Na podstawie tych i tamtych nabieramy przeświadczenia, że zarazki z grupy durowo-okrężnicowej przechodzą jedne w drugie. Przeobrażenia zaś, jakim ulegają zarazki

w ustroju, mają podobnie jak i w próbówce dokonywać się przedewszystkiem pod wpływem bakterjofaga.

Zdajemy sobie dobrze sprawę, co za doniosłe znaczenie ma treść powyższego wniosku. Wyraźnie dodaję, jest bardzo wielu, którzy mimo przytoczonych dowodów twierdzą nadal, że znamiona gatunku są niezachwiane i niewzruszone. Inna rzecz, czy przyjęte w bakterjologji pojęcie gatunku jest słuszne (Eisenberg) (15)?

Mówi się także wśród bakterjologów o wahaniach własności drobnoustrojów w związku i zależności od stanu gospodarza. Czy, względnie jaki udział bierze przy tem bakterjofag? — dla nas jest rzeczą obojętną. Otóż jeszcze przed 20 przeszło laty — a więc przed poznaniem zjawiska bakterjofagji — twierdził Bail (16), że w przypadkach skutecznego zakażenia choruje zarówno ustrój zakażony jak i zarazek zakażający. Dalej wyraził przypuszczenie, że zarazki z grupy durowej inne mają własności w czasie pasorzytniczego bytowania, a inne w czasie działania chorobotwórczego. Wkońcu uważał, mając na myśli dobro zarazka, wszelką chorobę za niepożądane następstwo nieudałej próby nawiązania współżycia drobnoustroju z ustrojem. Bail posłuchu nie znalazł. Dzisiaj jakby nawiązując do wywodów Baila, dowodzi Hirszfeld (17), że nauka uwzględniała dotychczas tylko jednostronny stosunek między zarazkiem a gospodarzem, mianowicie stosunek wyłącznie tylko wrogi. Zupełnie niesłusznie. Przychodzi bowiem również do współżycia między drobnoustrojem a gospodarzem, przyczem zachodzą zmiany po jednej i drugiej stronie. Postać i zjadliwość zarazka mniej lub więcej odbiega od tego, z czem się zazwyczaj liczymy. W ustroju gospodarza znowu przychodzi do stanu, który Hirszfeld nazywa odpornością w następstwie współżycia. Hirszfeld ujmuje rzecz ze stanowiska przyrodniczego i roztacza przed nami szerokie widnokręgi. Myśl jego powinna działać zapładniająco i dać obfity plon. Bliżej nią tutaj jednak zajmować się nie możemy.

Poniżej spotkamy się jeszcze z zapatrywaniem, które nam przypomni bakterjologów tych, co mówią o zmianach zachodzących w zarazkach w związku i w zależności od stanu gospodarza.

* * *

Myśląc o dokonywującym się przewrocie pojęć na życie i rozwój zarazków, pytamy czy, względnie jakiej, ulegną zmianie dotychczasowe nasze zapatrywania w dziedzinie chorób zakaźnych?

Odpowiadają nam jedni: dotychczas znamy tylko mały wycinek z całości życia drobnoustrojów; dlatego właśnie bakterjologja nie jest nam w stanie wytłumaczyć szeregu zjawisk z dziedziny chorób zakaźnych. Ale po wydobyciu najaw nieznanych dotąd szczegółów z zachowania się zarazków, umilkną raz na zawsze dotychczasowe rozdźwięki między bakterjologją z jednej strony, a kliniką i epidemjologją z drugiej. Wtedy już nikt więcej nie będzie mógł wątpić w to znaczenie zarazka, jakie mu bakterjologja w klinice wyznacza. Wtedy wszyscy będą widzieli w zarazku najważniejszy czynnik, który będą zawsze stawiali na pierwszem miejscu wszędzie tam, gdzie chodzi o powstawanie, przebieg i szerzenie się czy pojedyńczych, czy mnogich schorzeń zakaźnych. W ten sposób rozumują przedewszystkiem ci, ale nie wszyscy i nie wyłącznie tylko oni, których zajęcia ograniczają się do pracowni.

Natomiast ci, którzy się bezpośrednio stykaja z chorymi, ale znowu nie wszyscy i znowu nie wyłącznie tylko oni (np. Marx) (18), odnoszą się inaczej do współczesnych prądów w bakterjologji. Nie znaczy to bynajmniej, by na nie uwagi nie zwracali. Przeciwnie, za ich biegiem śledzą skwapliwie, wyniki zaś badań dokonywanych w pracowni witają z wielkiem zadowoleniem. A mimo to w oczach ich ostatnie zdobycze bakterjologji nie stanowią żadnego postępu w nauce o chorobach zakaźnych. A to dlatego, bo wyniki badań przeprowadzanych w próbówce i na zwierzęciu są tylko potwierdzeniem rozumowań powziętych jeszcze swego czasu na podstawie spostrzeżeń poczynionych u chorych. Tyczy się to sprawy przechodzenia jednego zarazka w drugi w obrębie grupy durowo-okrężnicowej. Rzecz oczywista dla niektórych klinicystów oddawna (v. Szontagh) (19), staje się dopiero dzisiaj zagadnieniem rzeczowem wśród bakterjologów. Zapytać natomiast można, czy w następstwie zmiany stanowiska bakterjologji co do stałości cech gatunkowych drobnoustrojów pogląd, według którego zbytecznem jest dociekanie skąd chory na dur brzuszny (20), lub na czerwonkę (10) nabył zarazków, nie stanie się zrozumiałym dla ogółu? Przecież dowiedziono przechodzenia jednego zarazka w drugi w obrębie grupy *b. coli — b. typhi!* Pałeczka okrężnicy zaś jest stałym mieszkańcem naszego przewodu pokarmowego! Takby może było, gdyby się nie wyłaniała jedna strona zagadnienia, która sprawia trudność i to bardzo poważna. Mianowicie chodzi o to, czy nowo pozyskani dla wymienionego poglądu zechcą zgodzić się na takie znaczenie zarazków w powstawaniu jednego i drugiego schorzenia, o jakiem są przekonani twórcy rozumowania, o którem mowa? Według nich zarazki są czynnikiem tylko wyzwalającym a nie powodującym chorobę. Zarazki mają przecież powstawać dopiero w ustroju do choroby usposobionym. Naprzód musiały na skutek działania różnych wpływów ulec zwichnięciu czynności tkanek i soków ustroju, a dopiero później mogło było przyjść do przeobrażenia *b. coli* w jeden lub drugi zarazek.

Są prócz tych jeszcze inni klinicyści, którzy nawet o takim podrzędnym udziale drobnoustrojów w powstawaniu chorób nie myślą. Według nich właściwe pewnemu schorzeniu zarazki są tylko swoistym wyrazem zaszłej zmiany w społeczności drobnoustrojów (mowa o przewodzie pokarmowym) (Höring) (21) na skutek nowych własności podłoża, w którem żyją, a nie jakimśtam choćby nawet ubocznym czynnikiem chorobotwórczym. Ten pogląd, który się liczy z zarazkami do pewnego stopnia, i ten drugi, który je lekceważy jako czynnik chorobotwórczy, są właściwie biorąc, jednym i tym samym, powstałym jeszcze wtedy, kiedy o bakterjologji mowy nie było. Do rozdwojenia w nim przyszło z biegiem czasu, skoro ci tak, a tamci inaczej uwzględniali zdobycze bakterjologji, albo je przystosowywali do swoich pojęć. Dzisiaj te stare pomysły już nie rażą w miejscu, w którem mowa o zmienności zarazków. Ale sposób, w jaki ujmują znaczenie zarazków w powstawaniu chorób, pozostał dla ogółu wymysłem niepoważnym, którym się zajmować nie wypada. Mimo to coraz częściej wspomina się o jednym i drugim poglądzie, i to właśnie przy sposobności omawiania współczesnych prądów w bakterjologji.

Jeśli teraz porównamy głosy dotyczące dokonywującego się przewrotu w bakterjologji, to stwierdzamy wielką w nich rozbieżność. Jedne przepojone ufnością wróżą wzmożenie, — drugie niemniej siebie pewne — głoszą obniżenie znaczenia bakterjologji w klinice i w epidemjologji duru brzusznego i czerwonki. Wraz z obniżeniem znaczenia bakterjologji mają w nauce odzyskać dawne swe stanowisko obecnie bądź zapomniane, bądź lekceważone czynniki, mające wpływ na pojawianie się i znikanie tej czy innej zarazy. Te czynniki są mnogie, różnorodne, nieraz nieodgadnięte a jednak niezaprzeczone. Przedstawić je można najlepiej, używając odpowiedniego przykładu. Jako takiego wypadałoby rzecz jasna użyć duru brzusznego lub czerwonki. Ale sprawa duru brzusznego tylekroć już omawiana spowszedniała, zagadnienie zaś czerwonki nie jest na czasie. Dlatego wolę poruszyć jednostkę chorobową odbiegającą daleko od wymienionych, ale taką, która dzisiaj budzi zaciekawienie w świecie lekarskim zagadkowością swego pojawienia się.

Wiadomo, że ronienie u bydła uważane jest za chorobę zakaźną oddawna. Zakaźności jego dowiedziono w 1880 r., a zarazek odkryto w 1896 r. Oddawna mogły się zdarzać przypadki zakażenia pałeczką Banga u człowieka, albo w następstwie styczności, albo w następstwie spożywania mleka zawierającego zarazek. Tymczasem dopiero w latach 1920 — 1925 na Zachodzie, a u nas jeszcze później (Legeżyński (22) dowiadujemy się o zachorzeniach na tle tego zarazka. Ogół tłumaczy to zjawisko wzmożeniem się zjadliwości pałeczki Banga dla człowieka. Ale w jaki sposób? w następstwie jakich wpływów? i dlaczego właśnie w naszych czasach? Tych pytań, mimo że się same przez się nasuwają, nikt nie porusza. To świadome przeoczanie tak doniosłej strony zagadnienia wypada chyba uznać za milczące przyznanie się bakterjologji do niemocy w tym kierunku?

Zupełnie inaczej od bakterjologów rozumuje epidemjolog Wolter (23). A mianowicie: Od kilku lat w Europie zachodniej i środkowej (również w krajach innych części świata o podobnem położeniu), tak się ułożyły warunki w przyrodzie, że dotychczas niepodatny na działanie pałeczki Banga ustrój człowieka stał się na nią wrażliwy. Tej niepożądanej cechy nabrał ustrój pod wpływem działania wyziewów, które powstają w glebie, wydostają się z niej, i nasycają przyziemne warstwy powietrza obecnie w tym stopniu, że już nietylko zwierzęta ale i człowiek choruje. Nastały w przyrodzie niekorzystne warunki dla człowieka w ostatnich latach dlatego, ponieważ w tym czasie zeszły się dwa okresy zmian klimatycznych, jeden dwustuletni 1730 — 1930, a drugi trzydziestopięcioletni 1891 — 1926. Historja zaś uczy, że u zbiegu takich okresowych zmian klimatycznych występują często choroby „nowe". I tak w ostatnich latach obok zakażeń pałeczką Banga u człowieka, opisano między innemi „chorobę z wody" i „chorobę błotną". W tłumaczeniu tem Wolter zajmuje się wpływem własności gleby i składników powietrza na tkanki i soki ustroju ludzkiego. Zarazkowi mało poświęca uwagi, ponieważ (według niego) odgrywa tylko podrzędne znaczenie. Zarazek przecież choroby nie powoduje, tylko ją wyzwala w odpowiednio na jego działanie przygotowanym ustroju.

Na tym przykładzie zapoznajemy się w najogólniejszych zarysach z epidemjologicznym sposobem myślenia. Wiąże on występowanie i znikanie tej czy innej zarazy ze zmianami odbywającemi się w przyrodzie na mniejszych lub większych przestrzeniach. Z zarazkami się nie liczy. Pochodzi przecież jeszcze z XVII. wieku! Z powstaniem i rozwojem bakterjologji, epidemjologiczny sposób myślenia uległ zapomnieniu jako niewłaściwy, a więc i zbyteczny. Po zawodach jednak, jakie sprawiła bakterjologja, słyszy się dzisiaj nawoływania, by nie lekceważyć epidemjologicznego rozumowania. Atoli dla niejednego, który przywykł do bakterjologicznego sposobu patrzenia, te nawoływania są tylko niezrozumiałym zamiarem cofnięcia się w odległą przeszłość.

*Piśmiennictwo:*

1) Dresel u. Stickl: Deutsch. med. Woch. 1928. Nr. 13. Arch. f. Hygiene. T. 104. — 2) Amzel: Med Dośw. i Społ. T. XIII. Z. 3—4. — 3) Fleck: Pol. Gaz. Lek. 1931. Nr. 26 i 27. — 4) Wolter w Hahn u. Reichenbach: Die Tyhusepidemie in Hannover. 1926. Berlin, 1928. — 5) Staub: Deutsch. med. Woch. 1926. Nr. 6. — 6) Szymanowski i Szereszewski. Przegl. Epid. T. II. Z. 2. — 7) Wagner: Münch. med. Woch. 1916. Nr. 8. — 8) Epstein i Fejgin: Med. Dośw. i Społ. T. IX. str. 272. — 9) Hoder: Med. Klinik. 1932. Nr. 49. — 10) Kostrzewski: Czerwonka bakteryjna. Kraków 1927. — 11) Kostrzewski i Neugebauerowa: Pol. Gaz. Lek. 1928. Nr. 14. — 12) Stickl: Deutsch. med. Woch. 1927. Nr. 28. — 13) Bohdanowiczówna i Ławrynowicz: Med. Dośw. i Społ. T. XV. Z. 5—6. — 14) Lotze: Centr. f. Bakt. Orig. T. 121. Z. 3—4. — 15) Eisenberg: Med. Dośw. i Społ. T. XIV. str. 829. — 16) Bail: Das Problem der bakteriellen Infektion. Leipzig. 1911. — 17) Hirszfeld: Klin. Woch. 1931. Nr. 47. — 18) Marx: Berl. klin. Woch. 1915 Nr. 50. — 19) v. Szontagh: Ueber Disposition. Berlin 1918. — 20) Kostrzewski: Pol. Gaz. Lek. 1930. Nr. 29 i 30. — 21) Höring: Klin. Woch. 1932. Nr. 19. — 22) Legeżyński: Pol. Gaz. Lek. 1928. str. 771. — 23) Wolter: Bangsche Krankheit beim Menschen. Würzburger Abhandlungen. T. 27. Z. 5.

## DONIESIENIE TYMCZASOWE.

Docent Dr. St. OSTROWSKI, Lwów.
Ordynator Państw. Szpit. Powsz.

### Leczenie różnych postaci gruźlicy skóry i błon śluzowych przymoczkami roztworu tuberkuliny.

*(Pokaz 10 chorych oraz licznych przeźroczy).*

W roku 1925 i 1926 przeprowadziłem liczne badania nad zachowaniem się układu wegetacyjnego u chorych z gruźlicą skóry. Badania ówczesne wykazały znaczne różnice w zachowaniu się tego układu, oraz wahania w zależności od stanu choroby i leczenia w porównaniu z pracami autorów niemieckich Moro, Gutha, Stahla i innych, przeprowadzonemi w gruźlicy płuc. Również badania nad zachowaniem się odczynu tuberkulinowego Mantoux, przeprowadzone w przypadkach gruźlicy skóry, zwłaszcza pod wpływem jadów wegetacyjnych wypadły nieraz diametralnie odmiennie, aniżeli odczyn tuberkulinowy w gruźlicy płuc. Powyższe różnice i wahania starałem się wówczas z pewnem prawdopodobieństwem odnieść do różnic umiejscowienia ogniska chorobowego, w przypadkach gruźlicy płuc oraz w gruźlicy skóry i błon śluzowych. Dalsze spostrzeżenia i badania w tym samym kierunku oraz w innych stanach alergji skóry, pozwoliły mi w roku 1932 na postawienie tezy, że alergja ustroju podlega pewnemu zróżnicowaniu w zależności od umiejscowienia procesu chorobowego. A zatem odczyny alergiczne w przypadkach gruźlicy skóry są różne i silniejsze od odczynów alergicznych w przypadkach gruźlicy płuc. Przytem nie jest obojętną rzeczą sposób i głębokość umiejscowienia tuberkuliny w tkance skórnej czy podskórnej. Odczyn Pirqueta jest bardziej właściwy w przypadkach zakażenia gruźliczego w drodze oddechowej, odczyn Mantoux i Moro są bardziej właściwe dla gruźlicy skóry. Potwierdzenie powyższej tezy znaleźliśmy również w naskórnym odczynie tuberkulinowym Natana, który jest swoisty według naszych zestawień w ponad 80% przypadków dla gruźlicy skóry, wypada zaś w około 95% przypadków ujemnie w gruźlicy płuc, zaś w 98% przypadkach wypada ujemnie u kontrolnych.

Spostrzeżenia własne nad odmiennem zachowaniem się alergji w przypadkach gruźlicy skóry i w gruźlicy płuc pozwoliły mi na postawienie tezy — zgodnie z tezami Besredki, że leczenie winno działać na samo ognisko schorzenia w zależności prawdopodobnie od drogi dostania się zarazka. W tym celu od szeregu miesięcy stosuję na moim oddziele leczenie przymoczkami roztworu A. T. Kocha w roztworze 1 : 100.000. Przymoczki stosowane są pod nieprzemakalnym papierem a zmieniane bywają 2—4 razy na dobę. Słaby roztwór stosujemy dla konieczności uniknięcia tuberkulinizacji. Długotrwałe stosowanie przymoczek nie wywołuje prawie objawów ubocznych, oprócz zmian grudkowych, podobnych do grudek spotykanych w odczynie Natana. Sposób powyższy leczenia stosowaliśmy w kilkudziesięciu przypadkach gruźlicy wilkowej skóry oraz błon śluzowych. Pod wpływem leczenia następuje powolna resorbcja nacieków gruźliczych, zmniejszenie stanu zapalnego i obrzęku, całkowite wypełnianie się nieraz głębokich ubytków, skłonność w przypadkach zmian na błonach śluzowych jamy ustnej do mikrostomji oraz powrót skóry *ad integrum* lub w niektórych przypadkach bliznowacenie. Bardzo charakterystyczny wynik leczenia uzyskaliśmy u chorego z *tbc. indurativa nasi et buccae utr. (Lupus pernio)* wraz z ubytkiem części miękkich nosa i wargi górnej oraz *ostitis cystica tbc. Jüngling* w kościach palców rąk i nóg. Pod wpływem leczenia około 8-mio tygodniowego nastąpił całkowity zanik nacieku, wypełnianie się ubytków oraz zniknięcie barwy sino-fiołkowej, słowem *restitutio ad integrum.*

W dwóch przypadkach *tbc. indurativa* (1 przypadek sarkoidu Darier Roussy, 1 przypadek sarkoidu Boecka) spostrzegamy rozmiękanie i cofanie się powolne nacieków. Podobnie zachowuje się przypadek *lupus erythematodes discoides faciei*, w którym część środkowa ogniska uległa w całości wessaniu, zaś część obwodowa ulega przerwaniu w postaci mostków z tkanką zbliznowaciałą.

Jeżeli chodzi o wytłumaczenie działania słabych roztworów tuberkuliny na tkankę gruźliczą, to prawdopodobnie chodzi tu o działanie swoiste, analogicznie do działania antywirusu Besredki w drodze działania roztworów alt-tuberkuliny przez włókna współczulne i naczynia krwionośne, o grę naczyń w kierunku rozszerzania i zwężania i wtórnej resorbcji nacieków gruźliczych.

Niewszystkie przypadki gruźlicy skóry a zwłaszcza błon śluzowych dają jednakowy efekt leczniczy. Na oddziele przeprowadzamy badania alergji skóry w zależności od rodzaju zarazka *(T. humanus, bovinus, gallinaceus).* Jak dotąd, badania te nie prowadzą do konkretnych wniosków. Być może jednak, że stosowanie w niektórych przypadkach w zależności od odczynu na taki lub inny gatunek zarazka, pozwolą nam na podstawie stosowania różnych roztworów tuberkuliny lub mieszanych, na uzyskanie korzystnych wyników leczniczych oraz uzyskanie tą drogą klinicznego zróżnicowania zarazka gruźlicy skóry.

## SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Tadeusz TUCHOLSKI, st. asystent U. P. Poznań.

### Śmierć naturalna czy gwałtowna przez zatrucie akonityną i atropiną.

Z Zakładu Medycyny Sądowej U. P.
Dyrektor: Prof. Dr. Stefan Horoszkiewicz.

W maju 1931 roku zmarła kobieta leczona przez znachora. Leczenie polegało na zapisywaniu różnych leków homeopatycznych między innemi akonityny i wyciągu belladony o koncentracji 4 D. Z nadesłanych później aktów sprawy wynikało, że chora zmarła w dwie godziny po zażyciu obu specyfików, podanych jej jednorazowo w dawkach po 20 kropel. Władze sądowe podejrzewając, że przyczyną śmierci zmarłej mogło być niewłaściwe leczenie przez osobę nieuprawnioną, zarządziły sekcję, wykonaną w około 34 godzin po zgonie.

Sekcja wykazała zmiany, przemawiające za ostrą sprawą zakaźną. Badanie bakterjologiczne, przeprowadzone w Zakładzie Mikrobiologji Lekarskiej U. P. dało wynik ujemny. Badania histologiczne stwierdziły znacznego stopnia przekrwienie bierne narządów wewnętrznych, ostry obrzęk śledziony, zwyrodnienie miąższowe mięśnia sercowego, wątroby i nerek.

Bezpośrednio po sekcji przystąpiono do badań chemicznych, do których pobrano odpowiednie ilości wątroby, nerek, nadnerczy, żołądka, jelit cienkich, jelita grubego i krwi. Wydobywanie i oczyszczanie alkaloidów wykonano metodą Stass-Otta. Frakcję akonityny oddzielono od frakcji alkaloidów belladony (głównie atropiny), wyczerpując pierwsze po zakwaszeniu, eterem naftowym. Ilości wyosobnionych i rozdzielonych w ten sposób substancyj w poszczególnych frakcjach były minimalne, ledwie dostrzegalne gołem okiem. Po rozpuszczeniu dzielono je na dwie części; do badań jakościowych i do ilościowych

oznaczeń. Następnie części przeznaczone do badań jakościowych dzielono na szereg mniejszych porcyj, umieszczano na szkiełkach preparatowych i, po dodaniu odpowiednich odczynników, obserwowano zachodzące zjawiska pod mikroskopem. Kropla odczynnika umieszczana obok badanego osadu, rozpływając się wchodziła kolejno w kontakt z jego poszczególnemi częściami, co pozwalało na zupełnie dokładne oglądanie pojawiających się charakterystycznych zabarwień i ich ewentualnych zmian. Reakcje barwne wyciągów jednocześnie porównywano z dawanemi przez oryginalną akonitynę i atropinę. W ten sposób stwierdzono, że reakcje barwne, zebrane przez E. M a n e l i'go[1]) oraz J. O g i e r, E. K o h n - A b r e s t'a[2]), były podobne do dawanych przez frakcje akonityny i atropiny.

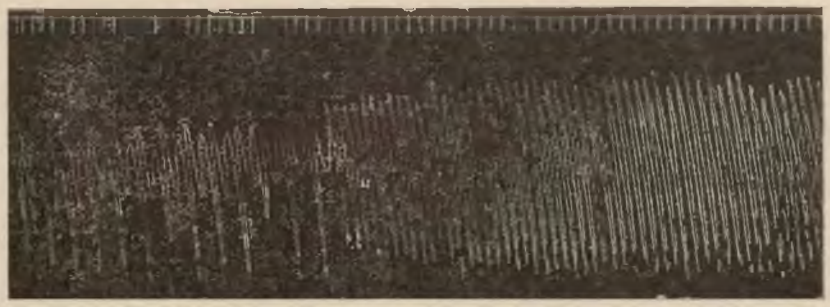
Najcharakterystyczniejsze reakcje dały wyciągi z nerek, jelita grubego, wątroby oraz krwi: z nich najwybitniejsze były dla nerek i jelita grubego. Dla nadnercza, żołądka i jelita cienkiego wyniki były ujemne. Z częścią wyciągu z nerek i z jelita grubego wykonano próbę ilościowego oznaczenia alkaloidów kwasem krzemowolframowym, jednak dała ona ujemny wynik, bowiem kwas krzemo-wolframowy nie wytrącał żadnych osadów. Dowodziło to, że ilości alkaloidów widocznie były poniżej granicy rozpuszczalności soli krzemowo-wolframowych akonityny względnie atropiny.

Wobec aczkolwiek dodatnich, jednak mało intensywnych, widzialnych dopiero pod mikroskopem wyników analizy jakościowej i jednocześnie ujemnych oznaczeń ilościowych, celem upewnienia się, że w substancjach wyekstrahowanych była rzeczywiście akonityna i atropina a nie ptomaty (dające niekiedy reakcje barwne, podobne dawanym przez alkaloidy roślinne), wykonano jeszcze szereg prób biologicznych[3]).

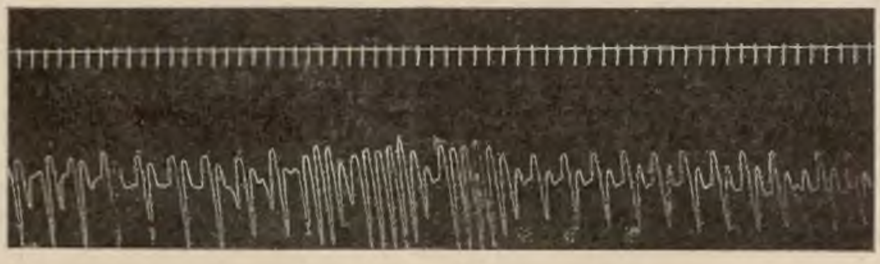
Do badań biologicznych użyto tylko wyciągów akonityny i atropiny z nerki i jelita grubego, ponieważ te narządy wykazały wyraźniejsze reakcje chemiczne.

Pierwszą próbę wykonano na oku ludzkiem, wkraplając nieco roztworu frakcji atropinowej wyciągu nerek. Po upływie około dwudziestu minut nastąpił częściowy zanik akomodacji, jednak bez charakterystycznego dla atropiny rozszerzenia źrenicy. Dalsze doświadczenia z tą samą frakcją przerobiono na izolowanych oczach żabich, które umieszczono w oddzielnych probówkach. Zauważono, że po upływie 30 minut źrenica oka żabiego, umieszczonego we frakcji atropinowej wyciągu nerki, poczęła się rozszerzać, a po upływie dwu godzin zwiększyła się dwukrotnie w stosunku do swej pierwotnej wielkości. Źrenica oka umieszczonego we frakcji atropinowej z wyciągu jelita grubego rozszerzyła się $1^{3}/_{4}$ krotnie. Kontrolne oczy, umieszczone w wodzie destylowanej, w roztworze fizjologicznym a także w roztworze wyciągu narządów, pochodzących z przypadku, w którym nie stwierdzono żadnych trucizn, nie wykazały w tymże czasie zmian.

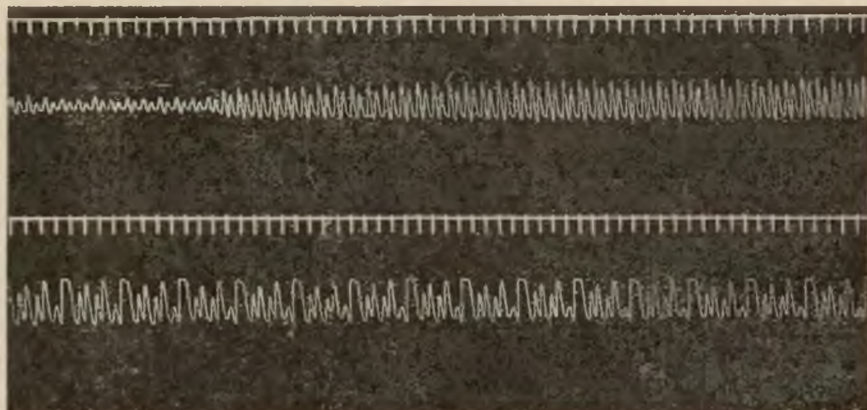
Badanie z frakcją akonitynową przeprowadzono na wypreparowanych, lecz nieoddzielonych sercach żabich przy pomocy kimografu, wkraplając na nie odpowiednie frakcje wyciągów z nerki i z jelita grubego. Doświadczenia były wykonane z obojętnemi



*Rys. 1.*



*Rys. 2.*



*Rys. 3.*

[1]) E. M a n e l i: Chimica Tossicologica. Torino, 1921, p. 416—19, 438, 441.

[2]) J. O g i e r, E. K o h n - A b r e s t: Chimie Toxicologique, Paris, 1924, p. 325—7.

[3]) badania biologiczne wykonane zostały w Zakładzie Fizjologji W. Lek. U. P. przy współudziale p. asyst. M. Peszczyńskiego.

wodnemi roztworami. Jednocześnie wykonano doświadczenia kontrolne i porównawcze z wodą, roztworem fizjologicznym i z akonityną oryginalną. Wyciągi z narządów zmarłej wywoływały, jak to uwidoczniają zamieszczone poniżej krzywe, następujące po sobie zmiany w akcji serca: początkowo okres przyśpieszonego bicia serca (rys. 1), następnie okres zmian w sile bicia serca (rys. 2) przechodzący później w niemiarowość z wybitnemi bi- i trigeminusami (rys. 3). Ostatniego, normalnie spostrzeganego czwartego okresu, t. j. ustania akcji serca w rozkurczu, nie można było stwierdzić nawet po dwunastu godzinach. Zapomocą roztworów wzorcowych akonityny ustalono, że reakcje biologiczne odpowiadały jej ilościom, znajdującym się pomiędzy 0,01 a 0,001 mg na 100 cm³ wody.

Przyglądając się opisanym wynikom widzimy, że mimo bardzo małych ilości alkaloidów roślinnych, których w danym przypadku mogło być około $10^{-4}$—$10^{-5}$ g na wszystkie narządy, udało się stwierdzić jej obecność drogą prób chemicznych, które też zostały potwierdzone doświadczeniami biologicznemi. Sądząc z intensywności poszczególnych reakcyj, najwięcej tych substancyj było w nerkach, następnie w jelicie grubem, wątrobie i krwi; wyciągi z żołądka i jelita cienkiego nie dały reakcyj charakterystycznych dla obu alkaloidów. Wreszcie badania chemiczne oraz biologiczne stwierdziły, że przyczyną śmierci nie było otrucie, gdyż dawki akonityny oraz alkaloidów belladony, wypośrodkowane z dostateczną ścisłością badaniami biologicznemi, były za małe, aby mogły spowodować nietylko otrucie, ale by nawet wywołać objawy zatrucia. Wobec tego przyczyny zgonu należało upatrywać w samej chorobie.

---

## SPRAWOZDANIE POGLĄDOWE.

Dr. St. SROCZYŃSKI. Inowrocław.

### Warunki fizyczno-chemiczne i działanie wód mineralnych do picia z uwzględnieniem dotychczasowych badań i doświadczeń z niskoprocentowem źródłem inowrocławskiem.

(Odczyt wygłoszony na Ogólnem Zebraniu Stowarzyszenia Lekarzy Zdrojowych w Inowrocławiu w dniu 9 marca 1933 r.).

Pojęcie wody mineralnej jest różne u chemików, geologów i balneologów. Nauka lekarska zajmuje się takiemi wodami, które mają właściwości lecznicze i wody te określa jako „mineralne". Niektóre wody lecznicze, nawet bardzo znane, różnią się co do zawartości mineralnej bardzo mało od zwykłej wody do picia. Zwykła woda do picia posiada jednak również właściwości lecznicze. W życiu codziennem poświęcamy sprawie tej jedynie za mało uwagi. Systematyczna kuracja dobrą wodą pitną, szczególnie dla osób używających mało płynów, przyczynić się może do poratowania zdrowia. Naogół posiadają wody lecznicze większą zawartość składników stałych niż woda zwykła, względnie prowadzą substancje w przyrodzie rzadziej spotykane, wreszcie składniki lotne lub też odznaczają się wyższą ciepłotą (cieplice).

Powstawanie wód mineralnych zawdzięczamy przenikaniu wód opadowych do głębin, wyługiwaniu soli skalnych i powtórnemu ukazywaniu się na powierzchni. Niektóre źródła pochodzić mają jednak z wielkich głębin i woda z nich tryskająca ukazywać się ma po raz pierwszy na powierzchni. Wody słone i gorzkie są zazwyczaj najbogatsze w składniki mineralne, gdyż pochodzą z utworów skalnych łatwo rozpuszczających się w wodzie. Źródła ciepłe i zawierające $CO_2$ mają również znaczną zdolność wyługiwania składników stałych. Małą zawartość soli mineralnych w niektórych cieplicach tłumaczy się natomiast objawami starzenia się źródła, które na swej stałej drodze wypłókało już przeważającą ilość składników ulegających rozpuszczeniu.

A. Sabatowski podkreśla, że woda lecznicza pochodzić winna przedewszystkiem z dobrego źródła zasilającego się wodą głębinową wolną od dostępu wód powierzchniowych i gruntowych. Woda taka posiadać musi wszelkie cechy zdrowej wody pitnej. Źródła mineralne poddajemy dokładnym rozbiorom. Zwykłe badanie chemiczne, niezbędne, nie daje jednak jasnych wytycznych co do właściwości leczniczych. Nie określa nawet z całą pewnością stanu połączenia się składników, dając jedynie wyobrażenie wagowe zawartych soli.

Wedle Freseniusa łączy się w analizach najsilniejsze kwasy z najsilniejszemi zasadami. Podział na anjony i katjony wykazuje natomiast ilość poszczególnych składników i daje nam lepszą orjentację także co do pierwiastków zawartych w ilościach minimalnych mających jednak niejednokrotnie wielkie właściwości terapeutyczne, szczególnie w wodach stosowanych do użytku wewnętrznego. Dotyczy to między innemi tak zw. katalizatorów. Dalej oznacza się w wodach mineralnych ciśnienie osmotyczne dla porównania z ciśnieniem osmotycznem krwi i treści żołądkowej. Ciśnienie osmotyczne zależne jest od ilości cząsteczek zawartych w jednostce objętościowej. Określamy je przy pomocy stwierdzenia punktu zamarzania. W stosunku do krwi daje nam to możność podziału na wody izotoniczne, hipertoniczne i hipotoniczne. Do nowszych metod fizyczno-chemicznej analizy należy również mierzenie przewodnictwa elektrycznego, dające nam pogląd na stan dysocjacji t. j. koncentracji wolnych jonów w płynie. Wody silnie zjonizowane mają dobre właściwości wypłókujące w stosunku do organizmu. Przy naszych rozważaniach uwzględnić musimy, że wody lecznicze nie stykają się bezpośrednio z krwią, natomiast działają bezpośrednio na śluzówkę przewodu pokarmowego szczególnie żołądka, na soki i treść żołądkową. Bierzemy dalej pod uwagę, że krew jest rozczynem nietylko soli ale również białek (koloidów). Wody mineralne reprezentują pewną ilość energji, która wchodzi w współdziałanie i kontakt z podobnemi walorami krwi i soków ustrojowych, przyczem wywiązują się bardzo skomplikowane procesy przenikania i wzajemnego oddziaływania. Dużą rolę odgrywa pozatem poznanie kwasowości lub zasadowości danej wody leczniczej.

Cechą wspólną kuracyj pitnych jest dostarczenie organizmowi większej ilości wody o niższej lub wyższej ciepłocie. Woda zimna (np. od 8 do 16°) zwalnia nieco tętno a ciepłota ciała się obniża. Woda ciepła do 55° i do 60° przyśpiesza nieco tętno i podnosi ciepłotę ciała. Zmiany te organizm wkrótce wyrównuje. U nas przeprowadzali Sabatowski i Kmietowicz bardzo liczne i różnorodne doświadczenia celem wyjaśnienia głównych momentów picia wód mineralnych. Wyraźny wpływ wywiera woda wypita na układ nerwowy trzewiowy. Po wypiciu wody zimnej spostrzegamy występowanie leukopenji jako objaw zadrażnienia nerwu błędnego. Leukopenja ta przechodzi później w leukocytozę. Objawy te u człowieka stwierdził Filiński. Przy stosowaniu kuracji wodą mineralną na pusty żołądek, jak to ma zwykle miejsce, liczyć się musimy poważnie z ciepłotą wody. Woda zimna działa na mięśnie żołądkowe hamująco, a ciepła pobudzająco. Zupełnie zimna woda poraża wedle Rossbacha mięśnie żołądkowe, oddźwiernik otwiera się a woda przechodzi odrazu do jelit. Podobne doświadczenia przeprowadzili Jaworski na karlsbadzkim *„Mühlbrunnen"*.

Woda rozcieńcza soki żołądkowe oraz zalegającą treść żołądkową ułatwiając jej przejście do jelit. Pewna część wody i soli mineralnych zostaje wchłoniętą w żołądku. Już po kilku minutach stwierdzić można niektóre sole w moczu.

Większe ilości wody powodują przejściowo rozrzedzenie krwi. Przy dłuższej kuracji pitnej zwiększony ruch wody sprowadza t. zw. przepłókanie organizmu. Organizm wydala razem z wodą produkty przemiany materji w zwiększonej ilości. Dotyczy to szczególnie mocznika i kwasu moczowego. Wysięki a nawet stare nacieki zapalne ulegają wsysaniu. Dotąd niewyjaśnioną jest sprawa działania kuracyj pitnych na przemianę białkową.

Francuscy badacze stwierdzili działalność odczulającą niektórych wód mineralnych i na szczegół ten zwracają przy doświadczeniach nad swojemi wodami baczną uwagę.

Wszelkie analizy chemiczno-fizyczne nie dostarczają nam jednak jeszcze zupełnie pewnych wytycznych co do działania poszczególnych wód mineralnych. Każda woda lecznicza ma swe właściwości indywidualne, co u nas podkreślił dobitnie L. Korczyński.

Empirja nakazuje po wypiciu wód leczniczych przechadzanie się. Badania stwierdziły, że rzeczywiście podczas chodzenia woda mineralna łatwiej przechodzi do dolnych odcinków przewodu pokarmowego. Liczyć się z tem trzeba przy piciu wód więcej stężonych, gdyż wody takie dłużej zatrzymują się w żołądku.

Długie doświadczenia praktyczne i obserwacje kliniczne dostarczają nam cennych wskazówek co do działania i skutków źródeł leczniczych. Doświadczenia te są tem ważniejsze, że nieomal w każdem źródle leczniczem znajdują się liczne sole, których działanie jest różnorodne i często antagonistyczne.

J. Eichel badał wpływ wody morszyńskiej na wydzielanie kwasu solnego żołądka i stwierdził podwyższenie wartości wolnego kwasu solnego żołądka i ogólnej kwasoty w przypadkach obniżenia lub braku kwasu solnego wraz ze znacznem zmniejszeniem ilości śluzu w treści żołądkowej a natomiast obniżenie wartości wolnego kwasu solnego i ogólnej kwasoty w przypadkach nadkwaśności. H. Długosz przeprowadzał w tej samej klinice badania nad wodą morszyńską i stwierdził pobudzające działanie wody i soli morszyńskiej na czynność wydzielniczą wątroby

i trzustki. Podobne wyniki otrzymał w swych badaniach klinicznych A. Sokołowski i zauważył ponadto wpływ wody morszyńskiej na sprawy bakteryjne w jelitach wyrażające się ograniczeniem gnicia jelitowego.

Koskowski i Dadlez przeprowadzili obszerne doświadczenia nad działaniem wody ze źródła „Adolfa" w Lubieniu Wielkim i zaobserwowali wybitny wpływ tejże na wydzielanie kwasu moczowego z ustroju ludzkiego i zauważyli dalej działanie porażenne na ruchy wahadłowe jelita cienkiego, a natomiast wpływ pobudzający na jelito grube.

*Co do solanki inowrocławskiej* istnieją badania K. Sawicza, co do przedostawania się chlorków podczas wziewań, które przeprowadza się częściowo ze źródła pitnego, do ucha środkowego. H. Zborowski podał swe obserwacje o działaniu wody inowrocławskiej do picia w przebiegu schorzeń kobiecych i innych. Stwierdził korzystny wpływ w przewlekłych stanach zapalnych, w niedomodze czynności wątroby i zaburzeniach gruczołów dokrewnych, a dalej w artretyźmie, reumatyźmie i atonji kiszek.

Przy rozważaniach nad działaniem inowrocławskiego źródła do picia należy wziąć pod uwagę dzisiejsze wiadomości o działaniu podobnych wód oraz poszczególnych składników w solance inowrocławskiej zawartych. Chlorek sodu pobudza czynność gruczołów żołądkowych, wzmaga wydzielanie soku żołądkowego, a także trzustkowego, przyśpiesza trawienie. Pewne znaczenie przypisać należy odruchowemu zwiększaniu się działalności gruczołów ślinianki i trzustki podczas samego picia wód słonych. Działalność taką wód solankowych stwierdzili między innymi Boas, Braun, Grützner i Cahn. Dodanie bezwodnika kwasu węglowego zwiększa przekrwienie śluzówki żołądka, wpływa na lepsze wchłanianie wody i składników mineralnych, zwiększa własności moczopędne już i tak dość duże jako u wody solankowej o stężeniu przekraczającem 1%. Zawartość 0,2481 g wapnia w litrze wody ze zdroju inowrocławskiego przyczynia się do zwiększenia zasadowości krwi i moczu. Katjonowi wapnia przypisuje się poza tem działanie na krzepliwość krwi i przepuszczalność naczyń włosowatych, na przeciwdziałanie wysiękom zapalnym i wypryskom skórnym. W przewodzie pokarmowym ulegają sole wapnia powolnej resorbcji, hamują sekrecję w jelitach cienkich i grubych oraz perystaltykę, sprowadzają skłonność do zaparcia. Jonowi potasu 0,0461 g na litr źródła inowrocławskiego — przypada ważna rola katalizatora głównie dla funkcyj witalnych mięśnia sercowego, a jon magnezu 0,1518 g na litr — mobilizuje cukier w wątrobie i niezbędny jest wogóle dla przemiany materji w tym gruczole. Jonowi litu zawartemu w solance inowrocławskiej w małej ilości przypisuje się działanie rozpuszczające na kwas moczowy. Z czynników ważniejszych zawiera inowrocławska woda do picia jeszcze większą ilość jonu siarczanowego — 0,6271 g na litr — a dalej jony strontu, manganu, żelaza, krzemionki, jodu i bromu.

Co do techniki stosowania wody inowrocławskiej, to zalecamy ją jako hipertoniczną naczczo najlepiej około 45 minut przed śniadaniem ewentualnie jeszcze przed obiadem lub około 4 godziny po obiedzie, naogół w ilościach umiarkowanych 60—100—200 g naraz i zalecamy popijać małemi łykami o ciepłocie naturalnej (około 14°) lub podgrzanej. Osobom wrażliwym wskazuje się rozcieńczenie wodą alkaliczną, a w przypadkach uporczywej obstrukcji dodaje się nieco naturalnej gorzkiej soli morszyńskiej.

Źródło inowrocławskie jako ujęte należycie dopiero rok temu, wymaga jeszcze dalszych wszechstronnych i precyzyjnych rozbiorów oraz doświadczeń klinicznych i praktycznych.

*Piśmiennictwo:*

H. Długosz: Pol. Arch. Med. Wewn. Tom. XI. Z. 1, r. 1933. — W. Koskowski i J. Dadlez: P. G. L. nr. 23 i 24, r. 1932. — A. Sokołowski: P. G. L. nr. 7 i 8, r. 1933. — J. Eichel: P. G. L. nr. 1, r. 1932. — K. Sawicz: Monatschrift für Ohrenheilkunde u. Laryngo-Rhinologie. Wien, 1932. Heft 2. — H. Zborowski: Wiad. Zdrojowe. Inowrocław, r. 1933, nr. 3. — Tochowicz: P. G. L. nr. 49, r. 1930. — L. Korczyński: Publikacje z zakresu Balneo- i Klimatologji oraz wydawn.: Pamiętnik P. Tow. Balneologicznego. Tom V—X. Kraków. — A. Sabatowski: Klimatoterapja oraz Hydroterapja. Lwów. — E. Budzyński: Zdrowie, rok 1933, nr. 7—8. — St. Sroczyński: Nowiny Lekarskie, Poznań, 1930 r. z. 17 oraz Nowiny Lekarskie, r. 1931, z. 10. — Oraz publikacje różne z zakresu balneologji szczególnie z Polskiej Gazety Lekarskiej, Lwów.

---

## SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

R. QUEST. Lwów.

### Prof. Adalbert Czerny.

*W 70 lecie jego urodzin.*

W roku bieżącym świat lekarski, a specjalnie pedjatryczny, obchodzi uroczyście siedemdziesięciolecie urodzin A. Czernego, jednego z najznakomitszych swoich przedstawicieli, jednego z założycieli i propagatorów nowoczesnej pedjatrji. W czasopismach fachowych różnych narodów znajdujemy artykuły poświęcone twórczości naukowej Czernego, a włoscy pedjatrzy wydali osobny tom na jego cześć, w czasopiśmie *La Pediatria*.

Czerny urodził się dnia 25 marca 1863 r. w Szczakowej, w dzisiejszem województwie krakowskiem, jako syn inżyniera kolejowego. Rodzina Czernych pochodzi z Pilzna w Czechach, a sąsiadowała tam z rodziną Skodów, która wydała innego światowej sławy klinicystę, profesora uniwersytetu wiedeńskiego Józefa Skodę.

Czerny uczęszczał do szkół średnich w Wiedniu, studja zaś uniwersyteckie ukończył w Pradze. Tu też rozpoczął pracę na klinice chorób dziecięcych znakomitego pedjatry prof. Alojzego Epsteina, a w r. 1983 habilitował się na docenta tegoż przedmiotu. W tych czasach powstały obok innych następujące prace: doświadczalna o pochodzeniu komórek siary, o skutkach zgęszczania krwi oraz praca wspólnie z Moserem wykonana o spostrzeżeniach klinicznych u osesków z zaburzeniami przewodu pokarmowego. Prace te zwróciły wynikami swemi uwagę kół naukowych na młodego badacza, któremu już w rok po habilitacji ofiarowano niemal równocześnie katedrę pedjatrji w uniwersytetach w Wrocławiu i Innsbruku. Czerny wybrał Wrocław, gdyż przyrzeczono mu tam wybudowanie i urządzenie kliniki, odpowiadającej najnowszym wymogom pedjatrji.

W Wrocławiu rozpoczął, wówczas dopiero 31 letni Czerny, intensywną pracę naukową, otoczony gronem młodych współpracowników jak Thiemich, Keller, Gregor, Freund, Steinitz, Weigert i inni, którzy z zapałem wzięli się do urzeczywistnienia całego szeregu nowych problemów, otwierających nieznane dotąd horyzonty w dziedzinie patologji i terapji wieku dziecięcego. W następnych latach pracowali u Czernego Kleinschmidt, Stolte, Vogt, Birk i Klotz, późniejs kierownicy klinik uniwersyteckich.

W czasach praskich i wrocławskich należeli do grona współpracowników i uczniów Czernego obok lekarzy różnych innych narodowości liczni Polacy jak Raczyński, Szydłowski, Momidłowski, Papiewski, Cybulski, Loriowa, Quest i inni.

W stosunku z wszystkimi pracującymi na jego klinice, bez względu na narodowość, odznaczał się Czerny niezwykłą uprzejmością i koleżeńskością, interesował się osobiście tokiem ich badań i nigdy nie skąpił rady i zachęty.

Poza kliniką i pracowniami zajmował się Czerny z zapałem i znawstwem muzyką i malarstwem.

W roku 1910 opuszcza Czerny Wrocław, powołany na katedrę pedjatrji i na kierownika nowo zbudowanej kliniki w Strassburgu; pozostaje tam jednak tylko do r. 1913, w którym obejmuje klinikę dziecięcą w Berlinie po ustąpieniu Heubnera. Na tem stanowisku pracuje długie lata aż do chwili przejścia w stan spoczynku w r. 1932.

Znamienną cechą działalności naukowej Czernego obok gruntowności jest jego wszechstronność; tworzył on prace kliniczne, anatomo-patologiczne, chemiczne, bakterjologiczne i pedagogiczne. Główną dziedziną tych badań były jednak tematy kliniczne i specjalne badania nad przemianą materji. Wyniki tych badań zostały ogłoszone w dwutomowem opokowem dziele: Czerny-Keller: *Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie* (2. wyd. 1928).

Czerny wychodzi z obserwacji dziecka zdrowego, jego rozwoju fizycznego i psychicznego, do czego posłużył mu wielki materjał dzieci, utrzymywanych przez organizacje opieki społecznej, a oddanych pod stałą kontrolę kliniki dziecięcej.

W miejsce dotychczasowych kierunków badań nad chorobami przewodu pokarmowego u osesków, opartych na podstawach badań bądźto patologo-anatomicznych, bądźto bakterjologicznych, ograniczonych jedynie do zmian w samym przewodzie pokarmowym, Czerny dzięki swemu bystremu spostrzeganiu klinicznemu, opierając się na wynikach ścisłych badań nad przemianą materji, wprowadza pojęcie tak zwanych szkód odżywiania *(Ehrnährungsschäden)*, wywołujących zmiany w całym ustroju, powstałych: 1) przez nadmierne, jednostronne karmienie czyto tłuszczem, czy węglowodanami — *ex alimentatione;* 2) występujących na podłożu kon-

stytucyjnym; 3) wywołanych przez drobnoustroje chorobotwórcze i 4) przez nieprawidłową budowę anatomiczną przewodu pokarmowego.

Podział ten oparty jest na podstawach etjologicznych i umożliwia zarazem racjonalne leczenie przez odpowiednią zmianę w diecie, bez potrzeby uciekania się do jakiegokolwiek środka aptecznego. Wczesne podawanie jarzyn i owoców polecał Czerny już w czasie, kiedy nie znano jeszcze witaminów.

W r. 1905 ogłasza Czerny klasyczną pracę o skazie wysiękowej, pod którą to nazwą zebrał on zespół objawów chorobowych do owego czasu zaliczanych przeważnie do skrofulozy. Czerny wykazał, że objawy te nie mają nic wspólnego z gruźlicą jako taką i uznał zołzy jako gruźlicę występującą na tle skazy wysiękowej. Uczynił to jedynie na podstawie obserwacji klinicznej, w czasie kiedy próby tuberkulinowe Pirqueta i Mantoux'a nie były jeszcze znane.

Z wielkiego dorobku naukowego Czernego wymieniam jeszcze pracę nad niedokrewnością *ex alimentatione*, o odruchach warunkowych, o nowym „objawie Czernego" w pląsawicy, a przedewszystkiem świetną rozprawę, tłumaczoną także na język polski przez Dr. Mamrota: *Lekarz jako wychowawca dziecka*. Warszawa, 1910.

Prace naukowe Czernego wychodzą wszystkie z jasno postawionego założenia, opartego na ścisłych spostrzeżeniach klinicznych, z nich wywodzą swój początek liczne oryginalne problemy naukowe, a wszystkie poszczególne nauki posiłkowe, jak chemja, bakterjologja. serologja i inne, których Czerny jest znakomitym znawcą, służą mu do głębszego wnikania w etjologję i patologję danego schorzenia. Ścisła bowiem obserwacja kliniczna powinna być — według zdania Czernego — główną wytyczną dla badań naukowych i działań lekarskich.

---

**FEJLETON.**

Dr. med. L. KOZANIEWICZ. Gródek Jagielloński.

### O kalendarzach lekarskich.

Jestem w posiadaniu kilku kalendarzy lekarskich. Najstarszy z nich pochodzi z r. 1909, wydany w Krakowie przez doc. d-ra Glińskiego. Z nowszych kalendarzy lekarskich, jakie posiadam, to „Polski Kalendarz Lekarski" z roku 1928 i niemiecki „Wiener-Medizinal Kalender" z 1929 r. obok jeszcze innych, które pomijam. W 1929 r. powiedziałem sobie: koniec — nie kupuję więcej żadnych lekarskich kalendarzy, poprostu szkoda na ten cel wydawać pieniędzy. Dlaczego? By na to pytanie odpowiedzieć, trzeba jeszcze raz poddać ocenie „Polski Kalendarz Lekarski" — choćby z roku 1928. Coprawda spóźniona to recenzja i pewno swego czasu była już podana w czasopismach lekarskich lepsza w tej kwestji ocena, jednak — inne zadanie miał swego czasu sprawozdawca, a inny cel przyświeca mnie dziś, zwłaszcza że po dzień dzisiejszy nie usunięto błędów z kalendarzy lekarskich. Z tych względów aktualną będzie moja recenzja, zwłaszcza że będzie to recenzja porównawcza.

„Polski Kalendarz Lekarski" z roku 1928 oprawiony w płótno, przedstawia się w swej formie naogół niezgrabnie, „nie pies — nie wydra" — nie notes i nie książka; najlepsze określenie dla niego byłoby *„Taschenbuch"*, gdyż i zewnętrznie i w swej treści naśladuje doskonale *„Rezepttaschenbuch"*. Waga 44 dkg i tu nasuwa się pytanie, do czego ten kalendarz ma służyć, skoro do poczekalni lekarza nie nadaje się, na biurku nie przysporzy ozdoby, a do noszenia za ciężki.

Ale idźmy dalej i zobaczmy treść. Kalendarz liczy 842 stronic, z tego na kalendarz miesięczny i notatnik dzienny przypada 128 stronic, na drugi notatnik 34 stron, na spis lekarzy Izby Warszawsko-białostockiej 88 stron (niewiadomo skąd to uprzywilejowanie!) — razem 250 stron niepotrzebnego balastu, nie licząc reklam, które są potrzebne nietyle lekarzowi ile wydawcy. Do tego należy doliczyć całe dziesiątki stronic na synonimy środków leczniczych, przegląd leków wedle ich działania, artykuły o ortopedji, radjoczynnych wodach, leczeniu psychoz i t. p., — rzeczy niewątpliwie pożyteczne, jednak dla kalendarza niekonieczne i niepotrzebne. Podobnie niepotrzebną jest rzeczą umieszczanie w alfabetycznym spisie leków, środków niedozwolonych do wwozu do Polski i to nawet w tym wypadku, gdyby kalendarz polski miał mieć szersze przeznaczenie dla lekarzy poza granicami Polski.

Samo ułożenie treści chaotyczne i utrudniające orjentację lekarzowi. Papier i druk grube; podyktowane były zapewne względami higjeny, a nie względami praktycznemi, a szkoda papieru i szkoda tłustego druku; z drukiem da sobie radę większość lekarzy, nosząca szkła, a mniejszość odczyta, choćby przez mikroskop.

O wiele korzystniej przedstawia się kalendarz lekarski z roku 1909. Malutki, w formie notesu, oprawiony w skórę, brzegi złocone (dziś tego luksusu nie wymagamy!), o wadze 16 dkg, stronic 328. A treść równie bogata jak i w kalendarzu z roku 1928, tylko że mniej tam papieru i mniej niepotrzebnego balastu. A w przedmowie doc. dr. Gliński tak pisze: „uprzejmie proszę wszystkich Kolegów o łaskawe nadsyłanie mi sprostowań i uwag, które w miarę możności w następnem wydaniu kalendarza uwzględnić się postaram. W roku bieżącym *„quod potui, feci"*. I tu nasuwa się mi myśl, były kiedyś lepsze czasy a ludzie więcej skromni. Dla ogólnej orjentacji zaznaczam, że jestem młodym lekarzem, a w 1909 r. nie śniłem jeszcze o medycynie; zastrzeżenie, bym w oczach czytających nie przedstawił się konserwatystą.

Nie wiem, jakiego zdania w tej kwestji byłby większy ogół kolegów, sądzę jednak, że niezadowolonych w moim rodzaju znalazłoby się sporo. Najodpowiedniejszą drogą wypowiedzenia się ogółu byłaby ankieta, którą proponuję urządzić w terminie do końca lipca, a to w tym celu, by nowy kalendarz w 1934 roku ukazał się nam już w lepszej i doskonalszej szacie i treści. Zanim jednak przyjdzie do skutku ankieta — a niewiadomo czy wogóle przyjdzie — skreślę od siebie kilka uwag, jak sobie kalendarz lekarski wyobrażam.

Przedewszystkiem zaznaczyć muszę, że przeważają lekarze praktycy (omnibusy) i do ich potrzeb kalendarz winien być dostosowany, niewykluczonem jednak jest w przyszłości (bliskiej albo dalekiej) wydawanie kalendarzy stosownie do specjalności lekarzy. Kalendarz lekarski winien służyć lekarzowi radą przy łóżku chorego w tych kwestjach, które się zna, ale które wylatują z pamięci; dla domowych ordynacyj lekarz ma inne skorowidzy i podręczniki, z których korzystać może. Odpowiednio do tego założenia winien być opracowany dział t. zw. terapeutyczny, sam zaś kalendarz winien być kieszonkowy, przystosowany do wygodnego noszenia w kieszeni, a więc objętościowo mały — najwyżej 350 stronic i 15—18 dkg wagi. Przy cienkim papierze i milimetrowym druku zmieści się w takim kalendarzu sporo. Obok zewnętrznej strony kalendarza stawiam też wymagania odnośnie treści i jej ułożenia. Ułożenie treści jest rzeczą bardzo ważną, gdyż decyduje ono o szybkiej orjentacji lekarza i z tego względu należałoby wszystkie reklamy umieszczać tylko na końcu kalendarzyka i na drugiej i trzeciej stronie zewnętrznej okładki; niema potrzeby iść wzorami niemieckich kalendarzyków i wkładać barwne kartki wśród właściwego tekstu kalendarza. Na pierwszem miejscu w kalendarzu tuż za okładką pozostawiłbym około 10 stronic czystych kartek, przeznaczonych na notatnik, a to z tego względu, że lekarz często musi robić najrozmaitsze notatki (adres pacjenta, numer telefonu i t. p.) a robi to notatki wszędzie — w domu chorego, na ulicy, czy w tramwaju, a w takich wypadkach jest rzeczą wielce niewygodną szukanie notatnika. Za notatnikiem umieściłbym kalendarzyk miesięczny, przyczem dolne części stronicy możnaby wykorzystać dla reklamy, albo pozostawić czystemi. Dalszą część kalendarzyka wypełniłyby następujące działy i w następującym porządku: dział terapeutyczny, tablica wzrostu i wagi u dzieci, tablica karmienia, tablica ząbkowania, mieszanki pokarmowe dla zdrowego i osobno chorego niemowlęcia, rozpoznawanie ciąży, tablica brzemienności, najważniejsze dane z fizjologji i patologji krwi z barwieniem preparatów, badanie moczu i treści żołądkowej oraz sporządzanie preparatów z kału i plwociny, pomoc w nagłych wypadkach i otruciach, kąpiele i uzdrowiska i w końcu tablicę dawek maksymalnych oraz alfabetyczny spis leków.

Odnośnie wyszczególnionych działów dodam jeszcze komentarz. Dział terapeutyczny winien zawierać mało recept, raczej przy każdej chorobie należy podawać schemat postępowania w danej chorobie jako przykład, na podstawie którego lekarz winien ułożyć indywidualne, nie szablonowe leczenie. Mieszanki pokarmowe dla niemowląt powinny być podawane w takiej formie, któreby odczytane czy odpisane były zrozumiale dla każdego laika, a więc podawanie np. cukru w procentach chybia celu. Otrucia nie wymagają dokładnego opisu każdego otrucia zosobna, tylko ujęcie ich w formę tablicy, tak jak to opracowano w leksykonie Marlego; ten sposób ujęcia otruć naprawdę przynosi lekarzowi korzyść i szybką orjentację.

Na tem kończę swoje uwagi odnośnie kalendarzy w tem błogiem przeświadczeniu, że wobec ogromnego postępu i rozrostu wiedzy lekarskiej, każdy kalendarz lekarski będzie miał braki i niekażdego zadowoli i dlatego jeszcze raz propunuję w tej kwestji ankietę na temat: „Jak powinien wyglądać kalendarz lekarski".

---

## BIBLJOGRAFJA.

### Artykuły oryginalne w czasopismach.
### Piśmiennictwo polskie.

*Ginekologja Polska.* Nr. IV—VI, 1933: J. Czyżak: W sprawie różniczkowego rozpoznania nabłoniaka kosmówkowego złośliwego; zarazem przyczynek do leczenia tegoż schorzenia. — S. Liebhart: Trombopenja a krwawienia maciczne. — S. Cikowski: Zaśniad guzowaty Breusa w zamkniętym rogu szczątkowym macicy. — W. Szenwic: Ciąża trąbkowa w przypadku rozdwojenia narządu rodnego i obecności stałego więzadła odbytniczo-pęcherzowego. — M. Erlichówna i S. Średnicki: W sprawie rozpoznania stanu „*debilitas vitae congenita*" u noworodków. — W. Fajrajzen: Nabłoniak kosmówkowy złośliwy w świetle badań konstytucji narządu płciowego. — S. Sobierański: Przypadek zamknięcia całkowitego pochwy podczas ciąży. — T. Bulski: W sprawie leczenia nietrzymania moczu zapomocą operacji Goebella-Stockela.

*Wiedza Lekarska.* Nr. 5, 1933: T. Wąsowski: Badania porównawcze nad wartością różnych metod diafanoskopji w cierpieniach zatoki szczękowej. — K. Portowicz: Odrodzenie cielesne.

*Położna.* Nr. 6, 1933: Dr. Kr. Chwalibogowska: Zapalenie sutków. — L. Makłówna: W odpowiedzi p. Dr. Maurerowi! — M. Śliwińska: W odpowiedzi na art.: „Akuszerki w świetle swego zawodu i partactwa leczniczego". — A. Fijałkowska: W odpowiedzi na zamieszczony artykuł w Nr. 4—5 koleżanki Gierszowej: „Smutne... lecz prawdziwe". — M. Łukaniukowa: Odpowiedź na artykuł Dra Maurera.

---

## OCENY.

*Le Mycosis fongoïde.* (Grzybica guzowa). Dr. S. LAPIERE. Paryż, 1932, str. 122, z 20 rycinami w tekście. Wydawnictwo Massona i Sp.

Jakkolwiek autor w przedmowie zaznacza, że praca jego nie jest pełną monografją, to jednak czytelnik po przeczytaniu jej musi dojść do wniosku, że zasługuje ona w zupełności na miano monografji i to monografji bardzo sumiennej, troskliwie i krytycznie opracowanej, tak na podstawie danych z piśmiennictwa zebranych, jakoteż własnych 10 przypadków dokładnie zbadanych. Tych 10 własnych przypadków upoważnia do twierdzenia, że nie mamy przed sobą monografji jedynie, ale, co wartość pracy niewątpliwie podnosi, oryginalne studjum z oryginalnem ujęciem zagadnienia, dziś jeszcze, mimo licznych prac z tego zakresu, ostatecznie nierozwiązanego.

Należyte określenie ścisłych granic, co uznać za grzybicę guzową w ścisłem tego słowa znaczeniu, a co od tej jednostki chorobowej oddzielić, jako klinicznie podobne, a przecie histologicznie i rozwojowo, a prawdopodobnie także przyczynowo różne, jest głównym celem autora.

Już sam pełny tytuł pracy z podtytułem „*Le Mycosis fongoïde. Granulomes fongoïdes et sarcomes fongoïdes*" wyraźnie na ten główny cel i zamiar wskazuje.

Aby cel ten osiągnąć, nie pomija autor niemal żadnego szczegółu z rozpatrywanych krytycznie 86 przypadków z piśmiennictwa zebranych, grupuje je w 3 powszechnie przyjęte odmiany kliniczne grzybicy guzowej, t. j. w postać mieszaną i ograniczoną Aliberta-Basina (najczęstszą i najmniej sporną), postać rozlanego zapalenia skóry (*erythrodermia*) i postać odrazu guzowatą (*forme à tumeurs d'emblée*). Te dwie, ostatnio wymienione, postacie grzybicy guzowatej, jak to autor we wstępie historycznym zaznacza, stały się przyczyną pomieszania pojęć naszych odnośnie do przynależności grzybicy guzowej bądźto do guzów białaczkowych, bądź do ziarnistości złośliwej, bądź wreszcie do mięsaków.

Rozpatruje też autor krytycznie naprzód przypadki z piśmiennictwa zebrane, wykazuje jasno, co poszczególne postacie grzybicy łączy pod względem objawów klinicznych z guzami białaczkowemi, z chorobą Sternberga-Paltaufa lub wreszcie z mięsakami, wykazuje jak często podobieństwo jest pozorne, a nie istotne, a dane przytoczone z piśmiennictwa uzupełnia następnie wnikliwą analizą własnych 10 przypadków, rozpatrywanych klinicznie, histologicznie, cytologicznie, serologicznie, a w wielu przypadkach także biologicznie przez szczepienie wykwitów grzybicy guzowej morskim świnkom.

W osobnym rozdziale porusza autor zagadnienie etjologji grzybicy guzowej, wskazując na te nowoczesne zapatrywania, które biorą w rachubę bynajmniej nieudowodnioną jeszcze, możliwą łączność grzybicy guzowej z prątkiem gruźliczym, zwłaszcza z jego postacią przesączalną (ujemne próby tuberkulinowe i anergja czynna w pojęciu Jadassohna i jego szkoły, pozornie udałe próby przeszczepienia na zwierzęta i t. p.).

Cenną częścią pracy Lapière'a są wspomniane już wyżej rozdziały, poświęcone badaniom histologicznym, cytologicznym, serologicznym i biologicznym własnych 10 przypadków.

Rozbiór krytyczny, tak przypadków własnych, jak z piśmiennictwa zaczerpniętych, skłania autora do przyjęcia następującego podziału grzybicy guzowej i obrazów chorobowych klinicznie podobnych: Dużą grupę schorzeń skóry objąć należy wspólną nazwą: *mycosis fungoides;* ta rozpada się na podgrupę a) *granuloma fungoides* z 3-ma postaciami: postać mieszana Aliberta-Basina, postać zapalenia rozlanego skóry (*erythrodermia*) i postać guzów odrazu powstałych (*forme à tumeurs d'emblée*) i drugą podgrupę b) *Tumores fungoides simplices* o odmiennej patogenezie, obejmującą postacie przerostowe, postacie nowotworowe złośliwe i guzy mięsakowate.

Te obie duże grupy, odmienne pod wielu względami, mają jedynie wspólną patogenezę: dla obu punktem wyjścia jest układ siateczkowo-śródbłonkowy.

W grupie pierwszej (grzybicy guzowej) bierze udział cały układ siateczkowo-śródbłonkowy, oddziałując na bodziec chorobowy zmianami zapalnemi; w grupie drugiej tylko część układu siateczkowo-śródbłonkowego, a może tylko jedna komórka, oddziałując na bodziec wytwarzaniem tkanki nowotworowej.

Trudno w krótkiej ocenie omawiać bliżej poglądy autora i dowody ich słuszności.

Dermatolog czy anatomo-patolog, chcący je bliżej poznać, powinien przeczytać sam tę ciekawą pracę Lapière'a, a przeczytawszy ją zgodzi się napewne ze mną, że przeczytać ją warto.

*J. Lenartowicz* (Lwów).

*Der künstliche Abort — Indikationen und Methoden. (Sztuczne poronienie — wskazania i metody).* Prof. WINTER i Prof. NAUJOKS. Wydawn. Ferd. Enke, Stuttgard, 1932. Str. 192. Cena brosz. 9.50 RM.

Jest to drugie przerobione wydanie monografji Wintera, wydanej w r. 1925 p. t. „Wskazania do przerwania ciąży". W pracy tej autorowie w sposób jasny i przejrzysty wyrażają nietylko swe własne zdanie odnośnie do poszczególnych wskazań do przerwania ciąży, ale uwzględniwszy w niej również i zapatrywania (uzyskane drogą ankiety) większości profesorów szkół akademickich w Niemczech, odmalowują tem samem współczesne stanowisko i dążności całego kraju, przez co dzieło to zyskuje tem większą wartość.

Autorowie rozróżniają wskazania: lekarskie, społeczne, eugeniczne i wskazania do przerwania ciąży, będącej następstwem zgwałcenia i zhańbienia. W wszystkich artykułach przebija daleko posunięty konserwatyzm. Najlepiej i najszczegółowiej opracowany jest artykuł o wskazaniach lekarskich, ale i pod tym względem autorowie są bardzo rygorystyczni. Lekarza obowiązują tylko wskazania lekarskie. Wskazania do przerwania ciąży dają tylko te jednostki chorobowe, komplikujące ciążę, które powoduje albo śmierć, albo też trwałe uszkodzenie zdrowia matki. Nie wystarcza rozpoznać chorobę, należy jeszcze postawić odpowiednie rokowanie, a ponadto wykazać bezskuteczność leczenia chorej przy pomocy najnowszych metod leczniczych. Przerwanie ciąży stanowi zawsze tylko *ultima ratio,* do której należy się uciec jedynie tylko wtedy, jeśli nie można zapobiec niebezpieczeństwu w inny sposób. Wskazanie powinno się stawiać konsyljarnie, przyczem decydujący głos winien mieć zawsze ginekolog.

Wskazań t. zw. czysto społecznych autorowie nie uznają. Stosunki socjalne mogą mieć pewne znaczenie tylko w wypadkach, w których istnieje wskazanie lekarskie. Wskazania eugeniczne zyskują sobie wprawdzie w ostatnich czasach w Niemczech coraz więcej zwolenników w świecie naukowym, wymagają natomiast jeszcze dalszej rozbudowy nauki o dziedziczności.

Przerwanie zaś ciąży, wynikłej z zgwałcenia lub zhańbienia możliwe jest tylko na polecenie sądu.

W ostatnich dwóch artykułach: kościół i prawo oraz metody przerwania ciąży — autorowie nic nie wnoszą nowego.

Książka ta godna jest polecenia głównie dzięki artykułowi o wskazaniach lekarskich, w którym omówione są schorzenia, wikłające ciążę z zakresu wszystkich specjalności lekarskich.

*Gerhardt* (Lwów).

*Kalendař Československých Lékařů, 1933.* Wydaje Ůstředni Jednota Čs. Lékařů. Redaktor odpow. Prym. Dr. Jan Tůma. Rocznik LXV. Str. 653.

Kalendarz lekarski jest wprost niezbędnym towarzyszem codziennym praktyka. Wydawany z początkiem każdego nowego roku dostaje się do rąk lekarza mało się różniąc od kalendarza ostatniego. Z tego powodu wielu lekarzy rezygnuje z corocznego kupna kalendarza. Kalendarz lekarski powinien każdego roku przynosić coś nowego już to z działu diagnostyki, już to terapji, a nie ograniczać się tylko do przepisywania terapji szczegółowej i uzupełniania spisu leków. Powinien też być doradcą nietylko diagnostycznym i terapeutycznym lecz i w troskach praktyki prywatnej, informatorem dostosowanym do warunków danego kraju. Nie można tego żądać od kalendarza zagranicznego (u nas przeważnie rozpowszechnione są kalendarze lekarskie niemieckie), przeznaczonego na eksport do różnych krajów, którego informacje są charakteru ogólnego. Z tego stanowiska wychodząc redakcja Kalendarza Czechosłowackich Lekarzy starała się o bardziej krajowy, swoisty charakter kalendarza. Oprócz diagnostyki i terapji, w której uwzględniła redakcja również kierunek szkoły czeskiej, oraz leki krajowe, kalendarz ten służy, jako szczegółowy informator w troskach kasowych i finansowych. Zastępuje on przeto wydawanie broszur informacyjnych, oddzielnych.

Z pośród współpracowników kalendarza wymieniamy obok Baudiša i Helbicha (dwóch głównych współpracowników); profesorów: Cmunta, Gawalowskiego, Hübschmanna, Jiraška, Charvata, Netouška, Prusika, Přecechtěla, Scemanna, Wiškovský'ego; docentów: Dobohlava, Gjuniča, Hennera, Jedlički, Kurza, Saidla, Vančury i in.

W części ogólnej umieszczony jest spis lekarstw, ich działanie i dawkowanie oraz cena sprzedaży. Umieszczenie ceny przy każdym leku uważam za rzecz bardzo praktyczną i ważną, ponieważ pozwala lekarzowi zapisującemu dany lek natychmiast zorjentować się szczegółowo co do jego ceny. Bardzo często, zwłaszcza w czasach dzisiejszych, zapytuje chory wprost lekarza, ile kosztować może dane lekarstwo; a na to niezawsze może on odpowiedzieć. Wskazanem byłoby uwzględnienie tej sprawy również w kalendarzach lekarskich polskich.

Dalej następuje w tej części ogólnej spis (elenchus) leków złożonych, ujętych jedną nazwą w starej farmakopei austrjackiej oraz szczegółowy opis składników tychże (np. *Aqua carminativa regia, Collodium salicylatum. Decoctum Sarsaparillae, Compositum fortius* i t. d.). Uwzględnione są również *formulae magistrales* niektórych złożonych leków, które apteki posiadają już gotowe i wydają pod ich nazwą bez *magistraliter* (np. *Acetum Pyrethri compos., Acetum Rutae, Acetum Veratri, Antinervin i t.* d.). Podane są ceny opasek, mikstur, maści, pigułek, czopków i in. (osobne ceny dla osób, korzystających z ulg). Po spisie preparatów oryginalnych następuje opis ich składników, maksymalne dawki leków i t. d. Omawiane są również kąpiele lecznicze oraz wskazania balneoterapeutyczne z uwzględnieniem kąpielowych miejscowości czeskich.

Drugą część leczniczą szczegółową otwiera praca prof. Dra A. Jiraška o „leczeniu chorych po operacji". Cała część szczegółowa opracowana jest wzorowo. Niektóre choroby, jak rak, gruźlica, kiła i in. przedstawione są tak szczegółowo, że zbędnem się staje szukanie szczegółów w specjalnych podręcznikach. Niestety ak w części tej żadnego działu, a pochwalić należy współpracowników za sumienne opracowanie materjału.

Pięknie i estetycznie przedstawia się strona zewnętrzna kalendarza. Dobra oprawa, papier i druk wyraźny dopełniają wartości tego wydawnictwa. *Ungar* (Lwów).

## PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

### Biologja.

*Odmiany połączeń pomiędzy tętnicą jajnikową i maciczną.* R. JOACHIMOVITS. Arch. f. Gyn. T. 147. z. 3.

Autor badał połączenie pomiędzy wymienionemi tętnicami przez nastrzykiwanie w całości wydobytych organów u kobiet i u małp przy pomocy specjalnych zdjęć rentgen. Ważne znaczenie praktyczne m. in. ma rozległe rozgałęzienie w zakresie więzadła szerokiego, gdzie może utrzymywać się krwawienie nawet po usunięciu jajnika i jajowodu. Ilość odmian w krezce jajowodu i jajnika jest bardzo wielka. Autor spostrzegał nawet podwójne tętnice jajnikowe. Po przecięciu więzadła okrągłego krwawienie może pochodzić w stosunkach nienormalnych nie z tętnicy nabrzusznej *(A. epigastrica)* lecz z gałęzi łączącej jajnika *(Ramus ovarii communicans).* Połączenie pomiędzy tętnicą maciczną i nasienną należy do rzadkości. *K. B.* (Lwów).

*Znaczenie dodatkowych kanałów w jajowodzie dla usadowienia się jaja płodowego.* H. O. KLEINE. Arch. f. Gyn. T. 147. z. 3.

Praca stanowi na morfologicznej podstawie oparty przyczynek do etjologji ciąży trąbkowej, gdyż przedstawia znaczenie, jakie w powstaniu takiej ciąży mają dodatkowe kanały jajowodu. Badania histologiczne przeprowadził autor tak jajowodu ciężarnego jak i nieciężarnego. W obu jajowodach stwierdził silnie pokręcone dodatkowe przewody, wysłane nabłonkiem wałeczkowym, migawkowym. Przewody te przebiegały pomiędzy światłem a powierzchnią jajowodu w kierunku ku macicy. W jajowodzie nieciężarnym przewód taki znajdował się w części odpowiadającej cieśni, zaś w jajowodzie ciężarnym przebiegał od cieśni aż do wewnętrznego odcinka części bańkowej. W jajowodzie ciężarnym uderza bardzo silny rozrost błony doczesnej. Ujście brzuszne tejże trąbki było zamknięte, musi się więc przyjąć, że odbyła się wędrówka jaja płodowego przez przewód dodatkowy.

Zdaniem autora powstawanie takich kanałów nie powstaje wskutek jakichś zaburzeń rozwojowych, lecz jest ono następstwem zlania się tkanek wchodzących w skład trąbki i macicy.

*K. B.* (Lwów).

*Badania anatomiczne nad ludzką owodnią zapomocą przesączania barwików.* F. SPECKMANN. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 90, z. 5.

Biologja owodni jest mało dotychczas znaną. A przecież gra ona niewątpliwie znaczną rolę w tworzeniu się wód płodowych. W pracy niniejszej autor postawił sobie za zadanie wykazać, jak się zachowuje owodnia przy przechodzeniu przez nią różnych barwików. W tym celu umieszczał pokryty raz powierzchnią nabłonkową, drugi raz powierzchnią kosmówkową owodni — cylinder, zawierający rozczyn cukru gronowego, — w naczynie, napełnione izotonicznym rozczynem tego lub owego barwika. Okazało się, że wszystkie barwiki znacznie szybciej przechodziły przez owodnię, jeżeli owodnia była zwrócona do rozczynu barwikowego powierzchnią kosmówkową. Badanie drobnowidowe zużytych do badań błon wykazało jednak, że zabarwienie jąder komórek nabłonkowych owodni występowało znacznie silniej w tych przypadkach, w których owodnia dotykała płynu barwikowego powierzchnią nabłonkową. W odwrotnem ustawieniu owodni zabarwieniu ulegało tylko łącznotkankowe podścielisko błony, podczas gdy nabłonek zupełnie się nie zabarwiał. Tych różnic w barwliwości nabłonka zależnie od ustawienia owodni autor wytłumaczyć nie może.

*J. Lenczowski* (Lwów).

*O objętości minutowej serca i wykorzystaniu krwi u ciężarnych i położnic.* G. EISMAYER i A. POHL. Zschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103, z. 1. 1932.

U zdrowych ciężarnych i położnic badali autorzy wydechiwane powietrze według sposobu Grollmanna, a następnie obliczali według wzoru Lindharda ilość tlenu, która w jednostce czasu przechodzi z płuc do krwi, to znaczy różnicę stężenia tlenu w krwi tętniczej i żylnej. Według zasady Ficka równa się minutowa objętość serca zużyciu tlenu w ciągu 1 minuty podzielonemu przez różnicę stężenia tlenu w ciągu jednej minuty podzielonemu przez różnicę stężenia tlenu w krwi tętniczej i żylnej. Z tejże różnicy oraz z ilości tlenu w krwi obliczyć można w procentach wykorzystanie krwi.

Badania autorów dowiodły, że objętość minutowa serca u ciężarnych będących naczczo i w stanie spoczynku wzrasta w miarę wagi ciała. Wzrost ten przy końcu ciąży dochodzi do 10%. W połogu wartość objętości minutowej serca również jest wyższa, co częściowo da się wytłumaczyć zmniejszoną zawartością hemoglobiny we krwi. Krótko przed porodem objętość minutowa serca jest nieco mniejszą, niżby to odpowiadało wadze ciężarnej. Wykorzystanie krwi odbywa się w ciąży i w połogu w granicach prawidłowych.

*Zb. Rychłowski* (Lwów).

*O przemianie cukru u położnic.* N. ALDERS i K. STERN. Arch. f. Gyn. T. 148, z. 1.

Celem pracy było wykazanie, w jaki sposób zużytkowuje położnica większą ilość cukru podanego doustnie, ile z tego cukru przechodzi do moczu i w jakiej formie tam się pojawia i wkońcu, czy w ten sposób można regulować zawartość cukru w mleku. Ilość cukru gronowego i mlekowego w moczu oznaczali autorowie przy pomocy odczynnika P a t é i n - D u f a u'a, którą to metodę obszernie omawiają. Badanie 14 zdrowych położnic wykazało, że przeciętnie 1.52 g cukru wydziela się moczem i to głównie (78%) jako laktoza, podczas gdy ilość glukozy wynosi zaledwie około 0,3 g. Po spożyciu 200 g dekstrozy tylko nieznacznie zwiększa się zawartość cukru w moczu. U położnicy zdrowej zatem nie istnieje osłabienie tolerancji na cukier. Jednorazowe podanie cukru, nawet w większej ilości, nie wywiera żadnego wpływu na zawartość cukru w mleku położnicy.

*K. B.* (Lwów).

*O doustnem obciążeniu cukrowem.* PETER F. MEYER. (Berlin). Ztschr. f. klin. Med. Bd. 121.

Przebieg krzywych cukrowych we krwi zależy nietylko od funkcji wysepek trzustkowych i wątroby lecz od ruchów żołądka, dlatego w próbach funkcjonalnych wątroby (lewuloza) i trzustki ten moment trzeba uwzględnić.

*H. Długosz* (Lwów).

**Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.**

*Krwiopochodna gruźlica płuc.* H. ASSMANN. Med. Klin. Nr. 39, r. 1932.

Rozsiewanie gruźlicy drogą krwi jest częste. Istnieje postać ostrej gruźlicy prosówkowej, podprzewlekłej i przewlekłej, i te ostatnie są dobrotliwsze. Nawet przy rozległych rozsianiach istnieje możliwość wessania i ognisk i zbliznowacenie ich, przeciwnie niekiedy drobne nawet ognisko może stać się źródłem zaostrzenia całej sprawy. Poza znaną kliniczną gruźlicą prosówkową istnieją bardzo często formy rozsiewającej się gruźlicy, które uchodzą naszej uwagi, a mogą to być postacie rozsiewania się ogólnego lub też tylko rozsiania się w pewnym narządzie jako *tbc. miliaris discreta.* Ta postać daje często zapalenie opłucnej wysiękowe. Do gruźlicy krwiopochodnej należy również zaliczyć *lymphangitis reticularis.*

*Godlowski* (Kraków).

*Odma wybiórcza.* WIWA GEYSNER-JAROSZEWICZ. Gruźlica. R. VII. z. 3.

Autorka przedstawia zasadnicze cechy odmy wybiórczej, różnice między nią a odmą częściową, wreszcie podział na odmę pierwotną i wtórną.

Przechodząc do omówienia warunków i mechanizmu jej powstania, stwierdza, że najczęściej spotykamy się z odmą wybiórczą wtórną, powstającą zawsze tam, gdzie przy zmianach jedno- względnie dwupłatowych stosowano przez czas dłuższy odmę pod niskiem ciśnieniem. Dzieje się to na skutek rozwoju tkanki włóknistej, powodującej kurczenie się części chorych, tam zaś, gdzie początkowo zapadnięciu uległo całe płuco, po zmniejszeniu się ciśnienia wewnątrz-opłucnowego rozprężają się przedewszystkiem części zdrowe. Bardziej zawile przedstawia się powstawanie odmy wybiórczej pierwotnej. Szereg autorów starał się wytłumaczyć mechanizm jej powstawania, przyczem podkreślić należy przypadkowość tejże, uwarunkowaną wzajemnym stosunkiem mniejszej zdolności do rozprężania się i dążnością do kurczenia się tkanki chorej, do zdolności do rozprężania się tkanek zdrowych. Dążąc do wywołania powstania odmy wybiórczej rola lekarza polega jedynie na częstem wprowadzaniu powietrza w małych ilościach, przy niskiem ciśnieniu W zakończeniu autorka omawia dobre i złe strony stosowania odmy wybiórczej i przedstawia kilka przypadków z własnej obserwacji.

*A. Donhaiser* (Kraków).

*Pierwotna odma sztuczna przeciwległa.* M. STARONIEWICZ. Gruźlica, R. VII. z. 4.

Na podstawie piśmiennictwa i kilku przedstawionych przypadków własnych, autor omawia jako doniesienie tymczasowe, stosowanie pierwotne przeciwległej odmy sztucznej w leczeniu gruźlicy, gdzie metoda ta dała bardzo dobre wyniki. Warunkiem nieodzownym w technice takowej jest nieobecność zrostów po stronie zdrowej, oraz przesuwalność śródpiersia. Przy stosunkowo niewielkim ucisku na płuco zdrowe (ciśnienie nie przekracza 0) płuco zdrowe ze śródpiersiem przesuwają się na stronę chorą, uciskając w znacznym stopniu płuco chore, zwłaszcza jego część przywnękową.

*A. Donhaiser* (Kraków).

*Wyniki leczenia gruźlicy płuc 2-stronną odmą.* J. MISGELD. Med. Klin. Nr. 42. 1932.

Autor podaje statystycznie wyniki leczenia odmą 2-stronną 73 przypadków gruźlicy płuc, z których 8,2% uznano za klinicznie wyleczonych, 41% ze znaczną poprawą, 20,8% niezmienionych, 21,9% zmarło. Autor uważa, że dane te są zadowalające nawet w porównaniu ze statystyką Harmsa i Liebermeistra, — i zachęcające do dalszych prób.

*Z. Kucikówna* (Lwów).

*Wybór igły przy zakładaniu sztucznej odmy płucnej.* A. KIRCH. Med. Klin. Nr. 44, 1932.

Po oczyszczeniu skóry płynem niezawierającym jodu, zamraża skórę strumieniem chlorku etylu, nie wytwarzając śniegu. Następnie cienką igłą wprowadza 0,02 g nowokainy z dodatkiem suprareniny lub bez niej. Po znieczuleniu przy zakładaniu odmy po raz pierwszy poleca stosowanie aparatu Salomona. Przy następnych dopełnieniach w przypadkach stwierdzenia Roentgenem płaszcza zgrubienia dokoła odmy, zaleca stosowanie igły Denekego.

*Godlowski* (Kraków).

*O leczeniu złotem gruźlicy.* R. RENCKI. Gruźlica, R. VII. z. 4.

Omawiając działanie lecznicze złota w terapji gruźlicy, autor dochodzi do wniosku, że preparaty złota działają na przebieg procesów gruźliczych pośrednio przez działanie na procesy tkankowe, zwłaszcza wywierając pobudzający wpływ na układ siateczkowo-śródbłonkowy. Jako metodę leczniczą, to według dotychczasowych wyników należy ją uważać za metodę pomocniczą, niemogącą konkurować z leczeniem zapadowem, które stanowczo winno być w odpowiednim momencie stosowane.

*A. Donhaiser* (Kraków).

*Przyczynek do chryzo- i kolapso-terapji gruźlicy płuc.* St. MEYSNER. Gruźlica, R. VII. z. 3.

Na podstawie szczegółowego omówienia przytoczonej historji choroby pacjentki, leczonej w sanatorjum w Smukale, autor podkreśla znakomite wyniki otrzymane przy leczeniu gruźlicy płuc odmą sztuczną kombinowaną z wyrwaniem nerwu przeponowego.

*A. Donhaiser* (Kraków).

*O radjodiagnostyce i radjoterapji raka pierwotnego płuc* [1]. W. ZAWADOWSKI. Gruźlica, R. VII. Z. 3. i 4.

Celem możliwie dokładnego i pewnego rozpoznania radjologicznego pierwotnego raka płuc, musi się każdorazowo zdawać sprawę ze zmian anatomopatologicznych, głównie zjawisk morfologicznych, jakie w przebiegu procesu chorobowego w dotkniętym organie zachodzą. Dla stwierdzenia tych zmian nie wystarcza jednorazowe prześwietlenie, czy zdjęcie rentgenologiczne płuc. Musi się w tym celu posługiwać seryjnemi naświetleniami, szeregiem zdjęć w różnych pozycjach, względnie niejednokrotnie konieczna jest bronchografja, sporządzona przy użyciu olejku kontrastowego, a pozwalająca nam wykazać ewentualne rozszerzenia, zwężenia, czy też odchylenia w przebiegu drzewa oskrzelowego. Przy prześwietlaniu klatki piersiowej zwrócić również należy uwagę na wzajemny stosunek narządów śródpiersia, ewentualne odchylenia od normy, cienia tegoż, wreszcie zmiany zależne od zmiany położenia, czy też ruchów oddechowych klatki piersiowej.

Wychodząc z podziału anatomicznego Kaufmanna nowotworów płuc i uwzględniając sposób ich szerzenia się, jakoteż powstawanie przerzutów i zmian degeneracyjnych, autor wyróżnia 10 postaci radjologicznych raka płuc, które szeroko omawia, porównywując przy każdej postaci obraz radjologiczny, ze zmianami anatomicznemi, jakie w danym przypadku zachodzić mogą.

Niewszystkie obrazy radjologiczne odpowiadają ściśle pewnym postaciom anatomopatologicznym, często są one tylko obrazem rozmaitych okresów rozwoju tego samego przypadku.

Większość jednorazowych obrazów radjologicznych raka płuc samych przez się, nie daje 100% pewności prawidłowego rozpoznania, dopiero wyniki całych seryj prześwietleń w połączeniu ze zbiorem objawów, klinicznego badania płuc i całego organizmu mogą nakreślić pewien kierunek w prawidłowem rozpoznaniu.

Duże trudności rozpoznawcze nasuwają obrazy radjologiczne tam, gdzie rak szerzy się na podłożu przedtem już istniejących zmian anatomicznych, jak np. rak wychodzący z jamy gruźliczej. Objawy bowiem gruźlicy płuca mogą nam przysłonić cień zależny od guzka nowotworowego, to samo da się powiedzieć o kile płuca. Najmniej stosunkowo wątpliwości nasuwa rak szerzący się na podłożu pylicy, daje on bowiem znane, typowe obrazy.

Ważną wreszcie rolę w diagnostyce raków płucnych odgrywa próbne leczenie, bądźto stosując energię promienistą, krótkofalową, bądź też j. np. przy kile — leczenie swoiste, gdzie potem kontrolne naświetlanie pozwoli nam dostrzec skuteczność takiego leczenia.

Wyniki dotychczasowe radjoterapji raka płuc stawiają ją na pierwszem miejscu. Aczkolwiek nie daje ona prawdopodobieństwa zupełnego wyleczenia, to jednak walnie przyczynia się do zmniejszenia, a nawet usunięcia całego szeregu przykrych objawów a nieraz, rzecz prosta w przypadkach specjalnie promienioczułych, może na czas dłuższy przywrócić zdolność do pracy.

Do roku 1928 stosunkowo bardzo mało spotyka się w literaturze danych o radjoterapji raka płuc, wielu autorów uważa ją nawet za szkodliwą. W roku 1928 Paterson ogłasza wyniki, dotyczące radjoterapji 19-stu przypadków raka płuc. W pracy tej podkreśla korzystny wpływ objawowy, oraz zaprzecza stanowczo, jakoby radjoterapja miała być specjalnie szkodliwą. Również Huguenin ogłasza wyniki 9-ciu przypadków raka płuc, leczonych energią promienistą, uważając wyniki za bardzo zachęcające. Autor przytacza wyniki własnych obserwacyj, dokonanych na 8-miu przypadkach. W dwu przypadkach uzyskał wybitną poprawę i odzyskanie zdolności do pracy, w 4 zaznaczył się wpływ terapji na objawy przedmiotowe, jak kaszel, duszność, ból i t. p., 2 przypadki wreszcie nie dały wyraźnych wyników, w żadnym przypadku nie zaznaczył się jakiś wpływ ujemny.

[1]) Patrz ocena tej pracy nr. 11, 1933. P. G. L.

Wpływy takie zaistnieć mogą, zwłaszcza przy niedostatecznej obserwacji klinicznej, stosowaniu błędnej techniki, przedewszystkiem stosowanie zbyt małych dawek może wywołać działanie pobudzające wzrost nowotworu.

Do powikłań mogących wystąpić w radjoterapji raka płuc przedewszystkiem należą: 1) krwotoki występujące zarówno w czasie samego naświetlania, jak i w znacznie późniejszych okresach, jako następstwo rozpadu mas nowotworowych, otaczających większe naczynia, 2) wystąpienie odmy, ze wszystkiemi jej niebezpieczeństwami, przy rozpadzie nowotworów dochodzących do opłucnej.

W dalszym ciągu swej pracy autor zajmuje się omówieniem techniki radjoterapeutycznej, oraz wskazaniami i przeciwwskazaniami jej stosowania. Do tych ostatnich zalicza przedewszystkiem daleko posunięte stany wyniszczenia, ogólny zły stan chorego, ostro występujące i rozległe zapalne powikłania raka, wreszcie bardzo podeszły wiek, zwłaszcza w połączeniu ze znaczną zgrzybiałością i złym stanem ogólnym.

*A. Donhaiser* (Kraków).

*Rak płuc i oskrzeli na podstawie materjału statystycznego zakładu anatomji patolog. U. W. oraz szpitali warszawskich: Przemienienia Pańskiego i Wolskiego.* J. DABROWSKA, S. PÓŁTORZYCKA i A. TROJANOWSKI. Gruźlica, R. VII, z. 3.

Wyniki zebranych z piśmiennictwa dotychczasowych statystyk szerzenia się raka płuc stwierdzają, że: 1)W ciągu ostatnich lat daje się zauważyć wzrost pierwotnego raka płuc; 2) dużo cech prawdopodobieństwa w etjologji powstawania tegoż ma znaczenie działania czynników przewlekle drażniących, oraz odpowiednia skłonność ustrojowa do powstawania nowotworów.

Autorzy przedstawiają w szeregu tablicach bardzo szczegółową statystykę częstości stwierdzanych raków płuc, w stosunku do ogólnej liczby nowotworów i ogólnej liczby przeprowadzonych sekcyj, dalej cyfry statystyczne pierwotnego raka płuc w stosunku do płci, wieku, zawodu i t. d., opracowaną na podstawie protokółów sekcyjnych Zakładu anatomji patolog. U. W. za 21 lat, Szpitala Przem. Pańskiego za 19 lat oraz szpitala Wolskiego z 4 lat. Z danych tych wysnuwają następujące wnioski: 1) W ostatnich 6-ciu latach daje się zauważyć rzeczywisty przyrost przypadków raka płuc, w porównaniu do lat poprzednich; nie jest wykluczonem, że mieści on się w ramach ogólnego przyrostu nowotworów złośliwych. Przyrost raków płuc jest stosunkowo większy u kobiet niż u mężczyzn. 2) Najczęściej występuje rak płuc w wieku 40—69 lat (u mężczyzn 50—59, u kobiet 40—49). Pod względem zależności od płci, raki płuc występują trzy razy częściej u mężczyzn niż u kobiet. 3) Pod względem usadowienia się ogniska pierwotnego, rak płuca usadawiał się częściej po stronie prawej, częściej w płacie górnym; najczęstsze przerzuty usadawiały się w gruczołach limfatycznych, około 10% przypadków nie wykazywało zupełnie przerzutów. 4) Zależności występowania raka płuc od zawodu, innych schorzeń, jak gruźlicy, kiły, nie dało się wykazać na podstawie zebranego materjału. 5) Najczęściej powtarzającym się błędem w rozpoznaniu klinicznem było przyjmowanie zmian występujących w ośrodkowym układzie nerwowym, zależnych od przerzutów, za ogniska pierwotne. Prawidłowe rozpoznania były postawione w 30% przypadków. *A. Donhaiser* (Kraków).

*Przypadek pierwotnego raka oskrzela.* A. RAIMONDI i J. USBENGHI. El Dia Médico, 31. X. 1932. Nr. 14.

Autorzy obserwowali przez 2 lata przypadek pierwotnego raka oskrzela, który początkowo dawał objawy kliniczne, zaś rentgenologicznie żadnych. Następnie badania rentgenologiczne wykazały obecność guzka nowotworowego, który z biegiem czasu się powiększał. Autorzy kładą nacisk na wczesne rozpoznanie — i zalecają w takich przypadkach lobektomję.

*Mester* (Kaków).

## Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

*Zwalczanie bólu na drodze chirurgicznej szczególnie przy raku nienadającym się do doszczętnej operacji.* F. SCHICK. Med. Klin. N. 7.

A. stara się o przerwanie przewodnictwa czucia bólu przez wycięcie splotu sympatycznego dokołatętniczego i przez przecięcie sznurów przednio-bocznych rdzenia *(chordotomia)*. Przecinanie tylnych korzonków uważa za niewskazane, gdyż mogą powstać zaburzenia odżywcze, a nawrót bólu nie jest wykluczony.

*K. Czyżewski* (Lwów).

*Pooperacyjne powikłania płucne.* ELJASON, Mc. LAUGHIN. Surg. Gyn. a. Obst. 1932. 55/6.

Na 7326 zabiegów w 120 wystąpiły powikłania płucne, w tem 39-ciu chorych zmarło. Śmiertelność ogólna 0.54%, śmiertelność wśród powikłanych 32.5%. Największy procent powikłań obserwują autorowie po uśpieniu ogólnem zwłaszcza dłużej trwającem (najczęściej między listopadem a marcem); według rodzaju zabiegu największy procent wypada na zabiegi żołądka, dwunastnicy, jelita, następnie dróg żółciowych i wyrostka robaczkowego. Zmiany w ciśnieniu krwi i stosowanie morfiny nie mają wpływu na powstawanie powikłań. Uwagi w sprawie zapobiegania i leczenia nie odbiegają od ogólnie znanych. *Janik* (Iwonicz).

*Wytrzeszcz w nowotworach śródczaszkowych.* ELSBERG, HARE, DYKE. Surg. Gyn. a. Obst. 1932. 55/6.

Jednostronny wytrzeszcz powstaje przy guzach przedniej jamy czaszkowej, przebijających do oczodołu lub przy nowotworach mieszczących się w środkowej jamie czaszkowej; nie występuje w nowotworach płatu czołowego i skroniowego tak długo, dopóki nie nastąpi przebicie do oczodołu lub nie rozwiną się zmiany przerostowe kości.

Przez okres kilkuletni wytrzeszcz i kostny przerost mogą stanowić jedyny objaw; z tego powodu często pacjent nie zgadza się na zabieg operacyjny; dochodzi wówczas do wytworzenia się znacznego wytrzeszczu i przerostu kostnego (wybitne zniekształcenie), dlatego też wyniki operacyjne są gorsze niż powinny być, gdyby postępowanie było wcześniejsze (autorowie powołują się m. i. na prace Flataua z r. 1903).

Autorowie obserwowali na 807 przypadków guzów śródczaszkowych jednostronny wytrzeszcz w 15-tu *(fibroblastomata* — 1, *carcinoma prim.* — 1, *cyst. epiderm.* — 1, *osteoma orbitae* — 2, *morb. Pageti* — 1). Wytrzeszcz jednostronny może się rozwinąć w raku przerzutowym oraz żylnym lub tętniczym naczyniaku. Wytrzeszcz u kobiety tyczy przeważnie oka lewego, u mężczyzn prawego. W większości pzypadków spostrzeganych przez autorów wytrzeszcz rozwinął się z powodu przebicia nowotworu do oczodołu, zgrubienia ścian oczodołowych, przejścia masy nowotworowej przez rozszerzoną górną szczelinę, lub z powodu wzrostu ciśnienia w środkowej jamie czaszkowej, udzielonego jamie oczodołu przez szczelinę górną. W żadnym przypadku nie stwierdzono wytrzeszczu w następstwie ucisku zatok żylnych lub żył oczodołowych.

*Janik* (Iwonicz).

*Wpływy odruchowe żył na serce.* J. LOUVEL. Pr. méd. Nr. 34. r. 1933.

L. notuje kilka obserwacyj w wypadkach zmian anatomicznych w ścianie żył, które wskazują na odruchowy ich wpływ na czynność serca. W dwu wypadkach zastrzyków do żylaków obserwował wybitne przyśpieszenie tętna, które trwało nieprzerwanie tak długo, jak odczyn miejscowy w żyle. Stare kilkuletnie zapalenie żyły odpiszczelowej dawało od czasu do czasu silne bóle w okolicy trójkąta *Scarpy*, równocześnie występowały skurcze serca nadliczbowe. Skurcze podobne według starych klinicystów zapowiadają powstanie zapalenia żył przed ukazaniem się objawów miejscowych.

*K. Czyżewski* (Lwów).

*Przyczynek do rozpoznania powtarzającego się skrętu żołądka.* W. STEPP i F. KUHLMANN. Med. Kl. Nr. 16. 1933.

U 42-letniej kobiety badano rentg. żołądek z powodu powtarzającego się gniecenia w dołku. Szczegółowe zdjęcia wykazały, że treść opisuje rodzaj pętli: po wejściu do wpustu posuwa się wdół i na lewo, potem wraca do góry i na prawo tak, że okolica odźwiernika krzyżuje się z końcowym odcinkiem przełyku. Laparotomja wykazała jako powód gruby postronek sieci przyrośnięty w okolicy prawego podbrzusza. Na tym postronku okręcała się poprzecznica i żołądek o 360°. *K. Czyżewski* (Lwów).

*Powikłania żołądkowe po wycięciu lewego nerwu przeponowego.* L. BERNARD. Pr. méd. Nr. 34. 1933.

Na podstawie obserwacyj swoich i obcych A. jest zdania, że powikłania te występują rzadko pod postacią lekkich zaburzeń trawiennych i łykania powietrza. W wyjątkowych wypadkach może powstać skręcenie żołądka jak przy przepuklinach przeponowych. Powodem tego jest silne uniesienie przepony. Sam podaje przypadek starego wrzodu odźwiernika ze zrostami, gdzie nastąpiły w kilka dni po wyrwaniu nerwu ciężkie objawy przypominające zwężenie odźwiernika. Notowane w piśmiennictwie zabiegi chirurgiczne jak zespolenie żołądkowo-jelitowe i żołądkowo-żołądkowe kończyły się fatalnie podobnie jak w przypadku ze względu na wyniszczenie chorego tem powikłaniem i zaostrzeniem gruźlicy płucnej.

*K. Czyżewski* (Lwów).

*Ostre stany zapalne woreczka żółciowego z nieznacznemi objawami klinicznemi.* MENTZER. Surg. Gyn. a. Obst. 1932, 55/6.

Postępowanie w ostrych stanach zapalnych woreczka żółciowego winno być zachowawcze z wyjątkiem zgorzeli — oto dotychczasowe stanowisko w tej sprawie większości świata lekarskiego. Do-

świadczenie jednak wykazuje, że często trudno się zorjentować, czy mamy do czynienia ze zgorzelą, przebiciem, lub ropnem zapaleniem woreczka. Zdarza się nawet, że klinicznie stan zapalny wydaje się być umiejscowiony, a po otwarciu jamy brzusznej znachodzi się rozlane zapalenie otrzewnej.

Od kiedy autor stał się śmielszy w operacyjnem postępowaniu, ma mniejszą śmiertelność: Żaden z 9-ciu operowanych przypadków (wczesne wycięcie woreczka żółciowego) z powodu ropnego zapalenia nie skończył się śmiertelnie. Podobne wyniki ma Graham, Fowler, Santee, Estes, Hayes.

Wniosek: podejrzane przypadki o ostre zapalenie woreczka żółciowego winny być poddawane wczesnemu zabiegowi operacyjnemu, który zapobiega przebiciu i zgorzeli. *Janik* (Iwonicz).

*Ropowica gazowa woreczka żółciowego w obrazie klinicznym i rentgenologicznym.* SIMON. Časop. Lék. Česk. 1932, z. 37.

Autor opisuje przypadek gazowej ropowicy woreczka żółciowego u 32-letniego mężczyzny (Klinika prof. Petrivalskiego w Bernie). Schorzenie rozpoznano przed operacją rentgenologicznie. Po operacji (19 dni) chory zdrów opuścił klinikę. Na podstawie własnych spostrzeżeń oraz innych, opisanych w piśmiennictwie, nie jest obraz kliniczny gazowej flegmony woreczka żółciowego typowy. W przypadku, opisanym przez autora, kliniczny obraz odpowiadał ostremu zapaleniu woreczka żółciowego, a na podstawie niektórych objawów klinicznych (ból w prawem ramieniu (Ochlecker), prawa źrenica szersza, prawy *phrenicus* bolesny) przypuszczano możliwość ropnia podprzeponowego, tem bardziej, że chory pół roku przed przybyciem na klinikę przebył resekcję żołądka z powodu wrzodu dwunastnicy.

Autor w piśmiennictwie nie znalazł przypadku opisanego, w którym rentgenologicznie opisana była gazowa flegmona woreczka żółciowego, uważając swe spostrzeżenia rentgenologiczne za pierwsze w swoim rodzaju.

Obraz rentgenologiczny charakterystyczny jest z powodu 2 spraw: 1) obecności gazu i wolnego płynu w woreczku żółciowym — „*image hydroaerique*", 2 oraz gazowego nacieku ściany woreczka żółciowego i postępującego jego rozpadu.

*Ungar* (Lwów).

*Przyczynek anatomiczny i histopatologiczny do znajomości rozszerzenia moczowodu wskutek przerostu gruczołu krokowego bez zastoju moczu w pęcherzu.* FALCI. Pathologica. 1933. Nr. 496.

Zdarzają się przypadki przerostu gruczołu krokowego, w których następuje rozszerzenie moczowodów, pomimo że mocz nie ulega zatrzymaniu w pęcherzu i sam pęcherz nie ulega rozszerzeniu. Ten szczególny stan tłumaczyli Tandler i Zuckerkandl w ten sposób, że przez znaczne powiększenie sterczu może przewód nasienny ulegać napięciu i zaciskać lub załamywać moczowód w tem miejscu, gdzie się z nim krzyżuje. Falci na zasadzie własnych badań sprzeciwia się temu poglądowi Tandlera i Zuckerkandla, przekonał się bowiem, że w takich przypadkach może być moczowód zupełnie przez nasieniowód niezałamany ani niezaciśnięty, lecz że przyczyną jego rozszerzenia może być sprawa zapalna jego ściany blisko ujścia pęcherzowego, wiodąca nawet do bliznowatego zwężenia. Załamanie przez nasieniowód może wprawdzie także nastąpić, ale tylko wtórnie, gdy już moczowód znacznie się rozszerzył.

*C.* (Kraków).

*Odruchowe wypróżnianie pęcherza po drażnieniu powłok.* H. SCHLESINGER. Med. Kl. Nr. 16. 1933.

Dość silne opukiwanie powłok brzusznych lub nacieranie skóry powoduje oddanie moczu u starców, u których pęcherz opróżnia się leniwo i niezupełnie. Zabieg ten wykonywać należy między linjami sutkowemi przy pełnym pęcherzu nad pępkiem, przy słabo napełnionym poniżej pępka — opróżnianie następuje drogą odruchową. Czuciowe podniety z powłok wzmacniają wpływ podniet dowolnych kory mózgowej na krzyżowy ośrodek rdzeniowy pęcherza.

*K. Czyżewski* (Lwów).

*Rozpoznanie gruźlicy kostno-stawowej przy pomocy biopsji gruczołów chłonnych.* J. VALLS i C. E. OTTOLENGHI. El Dia Médico. Nr. 24, r. 1933.

W tymczasowem doniesieniu autorzy zachwalają badanie okolicznych gruczołów chłonnych, usuwanych w znieczuleniu miejscowem. Część gruczołu badają histologicznie, część zaś zaszczepiają śwince morskiej. *Mester* (Kraków).

*Złamania kości śródręcza i paliczków.* Mc. NEALLY, LICHTENSTEIN. Surg. Gyn. a. Obst. 1932. 55/6.

Autorowie uzasadniają konieczność leczenia wymienionych złamań zapomocą wygiętych szyn dłoniowych (a nie prostych), zgodnie z zasadą traktowania złamań według mechanizmu powodującego przemieszczenia odłamków. *Janik* (Iwonicz).

*Leczenie promienicy jontoforezą miedzi.* S. TOKARSKI. Medycyna. Nr. 8. 1933.

Autor podaje obserwacje 13 chorych, z tych 8 wyleczono zupełnie następującą metodą. Do przetok wprowadzano na 2 dni przed zabiegiem i w dniu zabiegu 1 cm³ 2% roztworu $CuSO_4$. Na przetokę kładziono lub do niej wprowadzano elektrodę cynkową owiniętą gazą napajaną takim samym roztworem. Elektrodę bierną umieszczano po stronie przeciwległej napajaną taksamo lub roztworem NaCl. Natężenie prądu 10—30 M. A. Stosowano 2—3 czasem więcej seryj po 30 zabiegów z przerwą kilkutygodniową. Na rozleglejsze blizny stosowano z powodzeniem jontoforezę z KJ lub elektrokoagulację.

*K. Czyżewski* (Lwów).

---

## RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

### Protokół posiedzenia Sekcji do zwalczania chorób zakaźnych Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia

z dnia 23 marca 1933 roku.

Przewodniczy Dr. J. Adamski, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia, potem Dr. Bohdan Ostromęcki, Zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia.

Protokół prowadzi H. Rawicz-Szczerbo.

Dr. Palester, Naczelnik Wydziału w Ministerstwie Opieki Społecznej: *„Dur brzuszny w Warszawie"*. Przy zestawieniu krzywej przebiegu duru brzusznego za okres 10-lecia od 1923 do 1932 r. włącznie, w całem Państwie z takąż krzywą, dotyczącą m. Warszawy, widać, iż wahania tych krzywych przebiegają prawie równolegle, a więc spadek czy wzrost nasilenia duru brzusznego w m. Warszawie zależne są od ogólnego spadku czy wzrostu nasilenia w całem Państwie. Zauważyć się jednak daje różnica w przebiegu duru brzusznego w m. Warszawie pomiędzy pierwszem (1923—1927) i drugiem (1928—1932) pięcioleciem. Gdy w pierwszem pięcioleciu zapadalność w mieście Warszawie przewyższa zapadalność ogólną w całem Państwie 2,1 do 2,7 razy, w drugiem pięcioleciu stosunek ten wynosi 3,1 do 3,4. Dotyczy to zwłaszcza roku 1929 (3,4). Fakt ten da się wytłumaczyć w ten sposób, że wraz z rozpoczynającym się okresem kryzysowym zwiększa się napływ ludności bezrobotnej z prowincji do stolicy w poszukiwaniu zarobku, a przez to i skupienie ludności ubogiej.

W przebiegu duru brzusznego od roku 1919 daje się zaobserwować okresowe nasilenie co 3 lata: r. 1921, 1924 i 1927. Po roku 1927 obserwuje się załamanie się krzywej przebiegu duru brzusznego, a mianowicie spadek nasilenia, który w roku 1930 dochodzi do liczby 11.940 przypadków, najniższej za okres od 1920 r. Dopiero po 4 latach występuje znaczne nasilenie epidemji duru brzusznego, dające 20.349 przypadków zachorowań. Jest to już nasilenie, zbliżające się do epidemji z przed roku 1923, t. j. z okresu powojennego i inwazji bolszewickiej.

Największe nasilenie duru brzusznego stale dają województwa centralne: m. Warszawa, woj. Warszawskie, woj. Łódzkie i woj. Kieleckie.

W roku 1932 zapadalność w m. Warszawie wynosiła 193 na 100.000 mieszk.; w woj. Łódzkiem 118 na 100.000 m., w woj. Kieleckiem 111,9 na 100.000 m. i w woj. Warszawskiem 78,8 na 100.000 mieszk.

Zapadalność w pozostałych województwach waha się w granicach: 68,9 (woj. Lubelskie) — 16,8 (woj. Poleskie).

Nieco jednak inaczej przedstawia się zapadalność w większych miastach: w r. 1932 zapadalność w m. Łodzi wynosiła 235,4 (1.428 zach.); w m. Warszawie wynosiła 193 (2.274 zach.); w m. Krakowie 122 (370 zach.); w m. Wilnie 117,7 (232 zach.); w m. Lwowie 53,8 (170 zach.); w m. Poznaniu 36,1 (89 zach.). (Zapadalność obliczona w stosunku do liczby mieszkańców według spisu z roku 1931).

W większości zatem wyżej wymienionych miast zapadalność na dur brzuszny znacznie przekracza zapadalności w poszczególnych województwach. Przyczyną tego jest większa gęstość zaludnienia, większe skupienie ludności, a w związku z tem zwiększona łatwość kontaktowego zakażenia.

W przebiegu duru brzusznego w m. Warszawie w roku największego nasilenia 1932, zwrócić należy uwagę na znaczne zmniejszenie się śmiertelności: 6,9% — najmniejsza śmiertelność w okresie 10-lecia. To zmniejszenie się śmiertelności w roku 1932 obserwujemy i na terenie całego Państwa: 6,9% najmniejsza śmiertelność za okres od 1919 r. Stopniowe zmniejszanie się śmiertelności w m. Warszawie występuje już od roku 1927 (okresowe nasilenie).

Zastanowić się teraz należy, co spowodowało tak znaczny wzrost epidemji duru brzusznego w m. Warszawie i w całem Państwie w roku 1932.

Obserwując przebieg duru brzusznego na terenie całego Państwa, widzimy, że po okresowem nasileniu duru brzusznego w roku 1927, następuje 4-letni okres spadku nasilenia, okres ciszy przed burzą, gdy w okresie przed 1927 r. okresowe nasilenia duru brzusznego powtarzały się co 3-ci rok. Po roku więc 1927 należało się spodziewać następnego okresowego nasilenia w roku 1930, względnie w najbliższych latach następnych. Tymczasem właśnie w roku 1930 i 1931 mamy największy spadek nasilenia od roku 1920.

Należało się zatem spodziewać, że następny wzrost nasilenia będzie znaczny. Wybuch ten nastąpił dopiero w roku 1932.

Wybuch epidemji duru brzusznego w roku 1932 w m. Warszawie rozpoczął się z początkiem sierpnia. Po 40-ym tygodniu (od 25. IX. do 1. X.) nasilenie epidemji zaczęło słabnąć.

Z liczby zachorowań w m. Warszawie należy wyłączyć chorych zamiejscowych, zarejestrowanych w m. Warszawie, t. j. chorych, dostarczonych z poza Warszawy i przebywających chorobę w Warszawie.

Z pośród zachorowań, które miały miejsce w samem mieście Warszawie, należy wydzielić odrębną grupę zachorowań, w których zakażenie nastąpiło poza Warszawą, głównie w okresie wyjazdów letniskowych mieszkańców Warszawy. Z okresem tym wiąże się również sezonowy wzrost nasilenia duru brzusznego.

W okresie 1929—1931 11,6% przypadków zachorowań na dur brzuszny w Warszawie stanowią chorzy, którzy w okresie 2-tygodniowym przed zachorowaniem wrócili do Warszawy z wyjazdu wypoczynkowego. Stanowi to w tym okresie 397 przypadków na 3.566 zachorowań.

Największe nasilenie duru brzusznego w m. Warszawie występuje zwykle w okręgach śródmiejskich najbardziej zaludnionych, posiadających przeludnione mieszkania i źle utrzymane ustępy, zwłaszcza w dzielnicy żydowskiej.

Okręgi podmiejskie dają mniejsze liczby zachorowań, zapadalność jednak przy mniejszej gęstości zaludnienia jest znaczna. Największą zapadalność na terenie miasta Warszawy dał w roku 1931 okręg 19-ty (Górczewska) — 20.52% dużą zapadalność ma okręg 22 (Wola) — 14.58%.

Co do zapadalności na dur brzuszny wśród ludności chrześcijańskiej i żydowskiej, to podczas epidemji w roku 1929 dur brzuszny u ludności chrześcijańskiej dał 898 przypadków, ludności żydowskiej — 398 przypadków (30,7% ogólnej liczby), co się zgadza naogół ze stosunkiem liczbowym tych dwu grup w Warszawie (Dr. A. Ławrynowicz).

Wobec znacznego nasilenia duru brzusznego na terenie m. Warszawy bardzo ważną sprawą jest ustalenie źródeł zakażenia i przyczyn szerzenia się choroby. Szerzą chorobę podczas epidemji przedewszystkiem chorzy, przebywający w domu, nieleczeni, z nierozpoznanym durem brzusznym, z nieustaloną diagnozą, będący pod obserwacją, a niezgłoszeni, z chwilą bowiem zgłoszenia rozpoznanie ustalane jest badaniem sero-bakterjologicznem i prawie wszystkie przypadki izolowane są w szpitalu, źródło zatem epidemji zostaje niezwłocznie usuwane.

Wpływ zaprowadzenia wodociągów w Warszawie w roku 1886 wybitnie zaznaczył się obniżeniem liczby zgonów na dur brzuszny z 80,8 (pięciolecie 1882—1886) na 23,9 (1887—1891) na 100.000 ludności. W latach następnych w związku ze stopniowem polepszaniem stanu sanitarno-higjenicznego m. Warszawy, liczba zgonów daje jeszcze większe obniżenie. W ostatnich latach liczby te wynoszą:

rok 1927 — 17,0; rok 1930 — 10,3; rok 1931 — 12,9; rok 1932 — 13,3 (w stos. do spisu ludn. w r. 1931), 16,8 (w stos. do spisu ludn. w r. 1921) — na 100.000 ludności.

Liczba bakteryj w 1 cm³ wody wodociągowej pozostaje przeważnie mniejsza, niż 20 (6—12 bakteryj). Woda wiślana (na miejscu pobierania wody do wodociągu) do 500 bakteryj. Pałeczki okrężnicowe w wodzie wodociągowej udawało się stwierdzić wyjątkowo rzadko. Podczas epidemji 1929 r. pałeczki okrężnicowe woda wodociągowa zawierała tylko okresowo, dając miano od 1 : 5 do 1 : 12. W r. 1932 wprowadzone zostało chlorowanie wody wodociągowej.

Zestawienie wywiadów sanitarnych w przypadkach duru brzusznego podczas epidemji 1929 r. wykazuje, że wodociąg w mieszkaniu stwierdzono w 620 przypadkach, w 543 przypadkach (46,7%) mieszkania wodociągu nie miały, ludność zatem w znacznej części wodę wodociągową musiała pobierać poza mieszkaniem (krany podwórzowe lub uliczne), co narażało wodę pobraną na zanieczyszczenie podczas dostarczania ewentualnie nieodpowiedniego przechowywania.

Woda studzienna w dzielnicach obwodowych miasta niewątpliwie odgrywa rolę czynnika epidemjologicznego. Lód naturalny może odgrywać pewną rolę w szerzeniu się duru brzusznego. Znaczna część używanego w Warszawie lodu doniedawna pochodziła z glinianek i stawów na przedmieściach Warszawy. Te zbiorniki w 55% mają wodę złą pod względem bakterjologicznym (miano pałeczek okrężnicowych często w 0,1 cm³). Do zanieczyszczenia lodu przyczyniają się i warunki jego transportu.

Według danych o epidemji duru brzusznego w roku 1929 należyte ustępy były w 292 mieszkaniach, w 952 (76,5%) ustępów nie było. Korzystanie ze wspólnych, nieodpowiednio utrzymanych ustępów, zwłaszcza w domach nieskanalizowanych, stanowi niewątpliwie źródło kontaktu bezpośredniego z pałeczką durową. Na 825 domów skanalizowanych było 395 domów nieskanalizowanych (32,4%).

Mleko i produkty mleczne bezsprzecznie są jednem z głównych źródeł zakażania się durem brzusznym. Wywiady sanitarne w przypadkach duru brzusznego (r. 1929) w małej tylko części przypadków podają źródło zakupu mleka: krowiarnie — 8 przypadków, sklepy spożywcze — 64 przypadków, u przekupek 122 przypadków; co do reszty brak danych. Mleko rynkowe w Warszawie pod względem bakterjologicznym jest ogromnie zanieczyszczone, zawiera w 75% od 5 do 50 miljonów bakteryj. Mleko pasteryzowane daje znacznie lepsze wyniki badania bakterjologicznego. Naogół, z małemi tylko wyjątkami, mleko w Warszawie nie może być spożywane w postaci surowej.

Owoce stanowią również jedno ze źródeł zakażania się durem brzusznym. Zestawienie danych z r. 1929 ustala, że owoce surowe spożywano w 621 przypadkach, gotowane w 95 przypadkach.

W jeszcze większej mierze niż owoce odgrywać mogą rolę w epidemjologji duru brzusznego jarzyny, zwłaszcza jeśli się weźmie pod uwagę, że sposób ich hodowli często łączy się z użyciem do nawożenia zawartości dołów kloacznych (ściekowych) oraz że jarzyny, jak i owoce, dowożone są przez włościan do miast na zwykłych wozach, bez zabezpieczenia od zanieczyszczeń, że na wozach tych przewożone są w drodze powrotnej z Warszawy nawóz, śmiecie i nieczystości, jako materjał nawozowy.

Lepszy lub gorszy stan sanitarno-higjeniczny miejsc sprzedaży produktów spożywczych wogóle i spożywanie pokarmów (mleczarnie, kawiarnie i inn.) warunkuje ich rolę w epidemjologji duru brzusznego.

Dużą rolę w kontaktowem szerzeniu się duru brzusznego odgrywają zdrowi nosiciele pałeczek durowych. Wykonane przez Miejski Instytut Higjeny w r. 1928 badanie otoczenia chorych na dur brzuszny dało na 5.177 zbadanych 18 nosicieli, co stanowi 0,35%. Badania, dokonane na materjale Zakładu Anatomji Patologicznej U. W. oraz prosektorjum szpitala Przemienienia Pańskiego, dały na 987 zwłok zbadanych 5 razy pałeczkę durową, co stanowi 0,5% przypadków badanych. Biorąc jako podstawę odsetki powyższe, winniśmy stwierdzić, że w Warszawie mamy od 3.500 do 5.000 nosicieli zdrowych. Częstość długotrwałego nosicielstwa po durze brzusznym przyjmuje się średnio jako 5%. Niebezpieczeństwo nosiciela dla otoczenia łączy się ściśle z gęstością zaludnienia środowiska, w którem nosiciel przebywa.

*Jednym z podstawowych czynników duru brzusznego w Warszawie jest niezwykle wysoka gęstość zaludnienia izb.* Gęstość zaludnienia izb w mieszkaniach, gdzie występowały zachorowania durowe (dane z roku 1929), w przeważającej większości okręgów była większa w stosunku do przeciętnej gęstości zaludnienia izby w okręgu. Różnica w gęstości zaludnienia była niekiedy dwukrotna, a nawet wyższa.

Przeciętna gęstość zaludnienia na całą Warszawę przy 1,109.478 mieszkańców i 482.284 izbach (dane na dzień 1 stycznia 1930 r.) stanowi 2.3.

Ponadto warunki bytowania, zwłaszcza ubogiej bezrobotnej ludności w okresie kryzysowym, niedostateczne odżywianie się tak pod względem ilościowym, jak jakościowym, występujące na tem tle zaburzenia przewodu pokarmowego, mniejsza odporność organizmu na choroby zakaźne, niemożność zachowania należytej czystości ciała, a zwłaszcza rąk (brak mydła, bielizny) — są to czynniki, które również w dużym stopniu przyczyniają się do szerzenia się duru brzusznego.

Wreszcie niski naogół poziom kultury higjenicznej sprzyja w znacznym stopniu szerzeniu się duru brzusznego.

Władze sanitarne na terenie m. st. Warszawy czynią wszelkie możliwe wysiłki, aby epidemję duru brzusznego opanować.

Rozpoznanie duru brzusznego ustalane jest w prawie każdym przypadku drogą badania sero-bakterjologicznego. Przeważająca większość chorych na dur brzuszny izolowana jest w szpitalu. W roku 1931 leczyło się w szpitalach 88,3% wszystkich zarejestrowanych przypadków, w roku 1930 — 91,2%, w roku 1929 — 92,2%.

Miejskie zakłady sanitarne przeprowadzają odkażanie mieszkań oraz przedmiotów, mających styczność z chorymi (w r. 1931 odkażono ogółem 138.773 kg rzeczy), wreszcie odosabnianie osób z otoczenia chorych.

Rozszerzanie sieci wodociągów i kanalizacji ma jednak słabe tempo. Studnie podlegają stałej kontroli. W Miejskim Instytucie Higjeny przeprowadzane są badania mleka rynkowego.

Miejskie urzędy sanitarne oraz powiatowe władze administracji ogólnej na terenie m. st. Warszawy mają stały nadzór nad sprzedażą artykułów spożywczych. W roku 1932 Magistrat m. st. Warszawy wydał zarządzenie co do handlu lodem. Lód, pochodzący z niedozwolonych zbiorników wody, jest niszczony.

Stale rozwija się akcja szczepień zapobiegawczych. W roku 1931 zaszczepiono przeciwko durowi brzusznemu (metodą Besredki) 22.538 osób z otoczenia chorych, w roku 1930 — 22.450, w roku 1929 — 16.000.

Wreszcie działalność propagandową prowadzi Sekcja Propagandy Społeczno-Higjenicznej Komitetu Medycyny Społecznej, działalność ta jednak uległa ograniczeniu wskutek konieczności zaprowadzenia najdalej idących oszczędności.

W roku 1931 wygłoszono 535 odczytów, w tem 85 o chorobach zakaźnych. Liczba słuchaczów na odczytach wynosiła 38,394 osób, frekwencja wahała się od 20 do 800 osób.

W dziale wystaw zorganizowano Ogólną Wystawę Higjeniczną w gmachu Kasy Chorych przy ul. Wolskiej i przy ul. Jagiellońskiej, na której, rzecz prosta, uwzględniono przedewszystkiem dział chorób zakaźnych. Pozatem wydano 20.000 ulotek o durze brzusznym. W całem mieście rozlepione zostały plakaty, wydane przez Ministerstwo Opieki Społecznej (Departament Służby Zdrowia) „Myjcie owoce!".

Walka z durem brzusznym napotyka jednak na wielkie trudności, niektóre z nich, a zwłaszcza natury inwestycyjnej, obecnie nie mogą być usunięte, względnie mogą być usunięte tylko częściowo z braku środków finansowych.

Jak już zaznaczono, jednym z podstawowych czynników duru brzusznego w Warszawie jest niezwykle wysoka gęstość zaludnienia. Wysuwa się więc na plan pierwszy kwestja mieszkaniowa, sprawa budowy tanich mieszkań.

Z uwagi na doniosłość sprawy zaopatrzenia ludności w wodę należy dążyć do dalszego jaknajwiększego rozszerzenia sieci wodociągów i kanalizacji, a przynajmniej kranów na ulicach, by można było wyłączyć studnie podwórzowe.

Z powyższą sprawą wiąże się sprawa usuwania śmieci i nieczystości, t. j. sprawa zorganizowania taboru do wywozu śmieci w myśl przepisów, zawartych w Dz. Zarz. m. st. Warszawy z dnia 13 sierpnia 1927 r.

Mleko, podstawowy zakażający produkt spożywczy w epidemjologji duru brzusznego, powinno być pasteryzowane. Wysuwa się sprawa centralizacji handlu mlekiem.

Etapami do usunięcia mleka, jako czynnika w epidemjologji duru brzusznego, będą: usunięcie handlu domokrążnego, koncesjonowanie handlu mlekiem, mleczarnie centralne. Ze sprawą powyższą ściśle wiąże się higjeniczne prowadzenie obór, kontrola sanitarno-weterynaryjna obór oraz kontrola personelu obór.

W dalszym ciągu należy prowadzić stały nadzór nad miejscami wyrobu i sprzedaży artykułów spożywczych.

Ponieważ bardzo ważnym czynnikiem powstawania i szerzenia się duru brzusznego jest nosicielstwo, sprawie tej należy poświęcić szczególną uwagę.

Obliczając, że 5% chorych na dur brzuszny daje mniej lub więcej długotrwałe nosicielstwo, należy obowiązkowo chorych przed wypisaniem ze szpitala badać conajmniej dwukrotnie w ustalonych 5-dniowych terminach na obecność pałeczek durowych w kale i moczu. Celem unieszkodliwienia nosicieli zdrowych, należy poddawać badaniu systematycznemu na nosicielstwo pałeczek durowych personel zakładów, mających do czynienia z produktami spożywczemi (niektóre gałęzie handlu, wodociągi, kawiarnie, mleczarnie, restauracje, obory i in.).

Walka z nosicielstwem iść może tylko drogą unieszkodliwienia nosicieli przez pouczenie oraz odsunięcie od zawodu niebezpiecznego dla otoczenia.

Należy w jaknajszerszych rozmiarach stosować szczepienia zapobiegawcze, zwłaszcza szczepionką płynną, dającą trwalszy i lepszy wynik uodpornienia.

Wreszcie sprawa propagandy ma pierwszorzędne znaczenie w zwalczaniu duru brzusznego. Działalność Sekcji Propagandy Społeczno-Higjenicznej Komitetu Medycyny Społecznej nie może ulec zahamowaniu. Akcja ta powinna zataczać coraz większe kręgi. Fundusze na ten cel trzebaby znaleźć.

*W dyskusji* po referacie zabiera głos Dr. Ławrynowicz, który wskazuje, że Miejski Zakład Higjeny prowadzi całokształt badań nad durem brzusznym. W Warszawie występuje przeważnie typ kontaktowy, jako następstwo gęstego zaludnienia, braku ustępów i wodociągów, gdyż ludność nie wszędzie jest zaopatrzona w wodę zdatną do picia; czynnik nosicielstwa gra ważną rolę, odsetek nosicielstwa jest wielki, do 1% osób w otoczeniu zostało stwierdzone jako nosiciele.

Co do produktów żywnościowych, 3/4 ludności w Warszawie korzysta z wody wodociągowej, naogół piją wodę surową; w wypadkach, o ile woda dostarczana jest z pewnej odległości, może posiadać znaczenie epidemjologiczne.

Co do mleka, to w 90% korzystano z mleka gotowanego; sporządzanie mleka zsiadłego z mleka surowego jest niewskazane. Przy zakażaniu się przez nosicielstwo produkty spożywcze grają również wielką rolę.

Z wyjazdami letniskowemi łączy się wzmożenie nasilenia.

Badanie nad nosicielstwem jest rzeczą wielkiej wagi; nosiciel winien być badany w szpitalu, o ile zaś został wypisany, winien być badany w ośrodku zdrowia.

W chwili obecnej brak jest egzekutywy w stosunku do nosicieli, gdyż nosiciel winien być unieszkodliwiony.

Krowiarnie, znajdujące się w centrum miasta, są źródłem much i ułatwiają kontakt epidemjologiczny.

Jednym z warunków, umożliwiających zachowanie czystości, jest należyte zaopatrzenie ludności w wodę.

Co do szczepień przeciwdurowych, to mówca raczej wypowiada się za szczepieniami podskórnemi, niż doustnemi.

Przypadków paratyfusu obserwowano naogół w Warszawie niewiele.

Prof. Dr. Hirszfeld, wskazuje na wyniki badań, przeprowadzonych w Państwowym Zakładzie Higjeny. Mówca podkreśla, że niektóre powiaty w woj. Warszawskiem zarażają Warszawę; rzeczą niezmiernej wagi w zwalczaniu duru brzusznego jest zaopatrzenie ludności w wodę należytą do picia. Sprawa mleka jest rzeczą groźniejszą; zdarzają się wypadki, iż rodzina choruje na dur brzuszny, a mleko z tego gospodarstwa jedzie do Warszawy.

Dr. Eberhardt zaznacza, iż największym czynnikiem w skutecznem zwalczaniu duru brzusznego jest woda i usuwanie nieczystości. Wodę do badania należy brać z peryferyj miasta. Wodociągowe zdroje są daleko od miejsc zaludnionych, należałoby bardziej przybliżyć do miejsc zaludnionych.

Mówca zwraca uwagę na konieczność używania do spożycia lodu sztucznego. Ważnym skrupułem jest brak przymusu kanalizacyjnego i wodociągowego; niezbędnem jest przy wznoszeniu nowych budowli zapewnienie dobrej wody do picia i właściwego sposobu usuwania nieczystości; co do wczesnego rozpoznania zostały poczynione starania co do uruchomienia pogotowia bakterjologicznego Kasy Chorych.

Mówca podaje do wiadomości próby oczyszczania mieszkań prywatnych przez kolumny dezynfekcyjne Polskiego Czerwonego Krzyża łącznie z Komitetem Obywatelskim Opieki Społecznej; kolumna oczyszczała dane mieszkanie, sprowadzony jednocześnie murarz zalepiał dziury i bielił wapnem, wreszcie cała rodzina otrzymywała kąpiel i czystą bieliznę, następnie delegatka rozdawała mydło. Dalszą pomoc Komitetu obywatelskiego uzależnia się od zachowania należytej czystości.

Inż. Szniolis podkreśla konieczność zaopatrzenia się miasta w tabory dla usuwania zawartości dołów kloacznych; mówca wskazuje na częste wypadki niehigjenicznego wypompowywania dołów kloacznych.

Zdaniem mówcy ze względu na koszt połączeń wodociągów należy przejść na system rozdzielczy kanalizacji.

Płk. Dr. Owczarewicz zwraca uwagę na przeprowadzenie dezynfekcji dołów kloacznych i klozetów w nieskanalizowanych domach.

Ważną jest rzeczą zabezpieczenie studzień, a to zwłaszcza w okresie wielkich ulew.

Z drugiej strony sieć kanalizacyjna ma braki; przepełnione kolektory wylewają w czasie burzy wodę przez zlew, wobec czego następuje moment rozsypania się zarazków.

Mówca wypowiada się naogół przeciw szczepionkom doustnym.

Prof. Dr. Janiszewski zapytuje: 1) czy na terenie Warszawy bada się wodę sodową i napoje chłodzące, 2) czy istnieje rozporządzenie, że nie wolno wypuszczać chorych bez trzykrotnego badania na nosicielstwo, 3) czy istnieje kontrola lekarska przy wymianie rur wodociągowych.

Przewodniczący zwraca uwagę, że przeciętny pobyt chorych w szpitalu zmniejszył się, że do dłuższego, około 15-dniowego przedłużania pobytu nosiciela w szpitalu celem trzykrotnego zbadania niema podstawy prawnej.

Inż. Rafalski zaznacza, że rezultaty filtrowania są bardzo dobre. Mówca podkreśla, że przeprowadzenie wodociągów przy nieludnych ulicach jest niewskazane, gdyż woda stoi w rurach i psuje się.

Na podstawie przymusu przyłączonych zostało 1.200 domów. W każdym razie polityka szła w tym kierunku, aby na robotach

wodociągowych nie było zysku, dlatego 1.200 domom rozłożono spłatę za przyłączenie na 32 rat kwartalnych.

Co do dozoru lekarskiego, to istnieje dozór lekarski nad robotnikami, ale dozoru lekarskiego przy wykonywaniu robót niema.

Dr. Szulc reasumuje dyskusję: w kwestji duru brzusznego występują sprawy: mieszkaniowa, wodna, usuwania nieczystości, dozoru nad żywnością. Każda z tych spraw ma wielkie znaczenie przy zwalczaniu duru, jednakże najważniejszą jest kwestja usuwania nieczystości i na tę sprawę należy położyć najważniejszy nacisk.

Inż. Rudolf wskazuje na konieczność należytego usuwania nieczystości. Kwestja kontrolerów sanitarnych dotychczas jest źle postawiona.

W kwestji studzien brak kontroli przeszkadza należytej walce z zanieczyszczeniem studzien.

Dr. Łącki wskazuje, iż Warszawa w pewnych okresach nie panuje nad durem brzusznym. Mówca użala się na brak ustawodawstwa co do mleka i co do lodu. Na plażach warszawskich w dnie upalne przechodzi 150.000 osób, zużycie lodu wynosi 500 kg. Niestety oprzeć się można jedynie na prawodawstwie zaborczem, które jest niedostosowane do obecnych warunków, wobec czego spożywanie brudnego lodu prowadzi do wzmożenia się epidemji duru brzusznego.

Jarzyny przywozi się do Warszawy na wozach ze śmieciami, co bezwzględnie jest niewskazane.

Co do szczepień podskórnych, należy wprowadzić szczepienia przymusowe: dzieci, wysyłane na kolonie, winny być przymusowo szczepione.

P. Minister Dr. Chodźko wskazuje, że w Waszyngtonie według najnowszych badań 96% wypadków duru brzusznego zależy od nosicielstwa; o tym fakcie w walce z durem brzusznym nie należy zapominać i na terenie Warszawy. Polskie ustawodawstwo daje dostateczne podstawy prawne do walki, należy je tylko rozbudować.

Prof. Dr. Janiszewski podkreśla brak rozporządzeń wykonawczych do ustaw; trzeba dostarczyć ludności wody zdatnej do picia w ilości dostatecznej oraz winno być należyte usuwanie nieczystości.

Pułk. Dr. Owczarewicz zwraca uwagę, że zabronienie używania lodu naturalnego pociągnie za sobą inne następstwa, np. fakty zatrucia mięsem w czasie upałów.

Przewodniczący wskazuje na to, że niektóre ustawy i rozporządzenia są obecnie w opracowaniu w Departamencie Służby Zdrowia; rozporządzenie o mleku wkrótce zostanie już ogłoszone. W Urzędzie Wojewódzkim Warszawskim zostało opracowane rozporządzenie o kontroli i nadzorze nad źródłami, z których dobywa się lód naturalny.

Przy wydaniu zarządzeń w walce z durem brzusznym wyniki niniejszego posiedzenia zostaną uwzględnione.

### Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół IX-go posiedzenia naukowego z dnia 24 marca 1933 r.

Przewodniczy: kol. Lenartowicz.

1. Kol. Pisek, członek T-wa, wygłosił: *„Do historji guzów móżdżkowych. Przypadek własny z r. 1880"*. (Przeznaczone do druku).

2. Kol. Laskownicki, czł. T-wa: a) przedstawił *chorego i zdjęcie filmowe operacji wszczepienia moczowodu do kiszki grubej;* b) *zdjęcie filmowe operacji wyłuszczenia stercza.*

*W dyskusji:* kol. Sołowij, czł. T-wa, zapytuje, jak często miewa prelegent przetoki.

Kol. Laskownicki w odpowiedzi: po operacji w około 60% przypadków powstają w 5-tym lub 6-tym dniu przetoki moczowodowe nazewnątrz, które do kilku dni bez żadnego leczenia się goją.

3. Kol. Meisels E., czł. T-wa, wygłosił: *„Nowotwory kostne"* (część I. z przeźroczami). (Przeznaczone do druku).

Protokół X-go posiedzenia naukowego z dnia 31 marca 1933 r.

Przewodniczy: kol. Lenartowicz.

1. Kol. Węgrzynowski, czł. T-wa, stawia wniosek, aby ze względu na tegoroczny jubileusz, tutejszy szpital okręgowy przezwać mianem Jana Sobieskiego i uprosić p. senatora Zalewskiego i pp. posłów Domaszewicza i Ostrowskiego o łaskawą interwencję u odpowiednich czynników o przyśpieszenie tej sprawy.

Kol. Pisek, czł. T-wa, do wniosku kol. Węgrzynowskiego dodaje, aby załatwienie przyszło przed sierpniem.

Uchwalono przez aklamację.

2. Kol. Leszczyński, czł. T-wa, odczytuje list w sprawie Zjazdu Przyrodników Słowiańskich i apeluje, aby ci koledzy, którzy wybierają się na XIV. Zjazd Przyrodników Polskich, wyjechali do Poznania dzień prędzej, a będą mogli wziąć udział w Zjeździe Przyrodników Słowiańskich.

3. Kol. Budzanowski, czł. T-wa, przedstawia przypadek *Xeroderma pigmentosum,* dotyczący 11-letniej dziewczynki, córki rolnika. Pierwsze objawy tej choroby wystąpiły w 6 roku życia, a przed rokiem pojawił się na lewem oku guzek, stale powiększający się. W rodzinie podobnej choroby nie było, rodzice niespokrewnieni. Zmiany na skórze przedstawiają się w postaci plam barwikowych o różnych odcieniach, od żółtej do ciemnobrunatnej barwy, różnej wielkości od główki szpilki do soczewicy, które zajmują odsłonięte części, t. j. twarz, szyję, kark oraz przedramiona. Ponadto stwierdza się porozszerzane naczynia skórne, blizny i przerosty brodawkowate. Skóra w miejscach zajętych sucha, szorstka. Tułów i kończyny dolne niezajęte. W zakresie narządu wzrokowego zapalenie brzegu powiek z częściowym brakiem rzęs od dołu i przewlekły nieżyt spojówek. Naczynia spoj. gałkowej porozszerzane. Na tęczówce w dolnej części jasne plamy (zanik barwika). Na oku lewem guz, umiejscowiony w obrębie szpary powiekowej, twardy, zrośnięty z podłożem, o powierzchni nierównej, częściowo rozpadającej się, który po stronie kącika wewnętrznego zajmuje twardówkę i rogówkę, dochodząc prawie do jej środka. Guz rozpoznawany klinicznie jako *epithelioma.* Poza opisem przypadku omówienie zmian w narządzie wzrokowym i przeprowadzenie analogji ze zmianami na skórze, oraz krótki rzut na etjologję, patogenezę i przebieg tego schorzenia.

*W dyskusji:* kol. B. Kielanowski, czł. T-wa, zapytuje, czy charakter towarzyszących nabłoniaków jest złośliwy i jakie jest leczenie.

Kol. Pisek, czł. T-wa, zmiany te na pierwszy rzut oka podobne są do piegów. W czem leży różnica i jak je rozpoznać.

Kol. Goldschlag, czł. T-wa: powyższa jednostka chorobowa jest bardzo rzadką — jest to pierwszy przypadek w ostatnich 8 latach przy tak obszernym materjale dermatologicznym, jakim my na naszym obszarze dysponujemy. Która część widma słonecznego tu działa, czerwona czy fiołkowa, jest do dziś kwestją sporną. Gougerot rzuca myśl, czy w widmie nie chodzi o promienie tajemnicze, podobne do promieni X, ponieważ daje podobny obraz skóry, jaki spotyka się po uszkodzeniu skóry promieniami Roentgena. Schorzenie to kończy się letalnie zwyczajnie na nabłoniaki, które mają charakter złośliwy.

Kol. Budzanowski: w odpowiedzi kol. Kielanowskiemu zaznacza, że tego rodzaju nowotwory prowadzą do zniszczenia gałki ocznej. Leczenie operacyjne z następowem naświetlaniem promieniami Roentgena.

W odpowiedzi kol. Piskowi przeprowadza diagnostykę różniczkową pomiędzy piegami a *Xeroderma pigmentosum.*

4. Kol. N. Gąsiorowski, czł. T-wa, wygłosił wykład p. t. *„Zagadnienie etjologji twardzieli"* (pojawi się drukiem w P. G. L.).

5. Kol. Nowicki, czł. T-wa: *„Obrazy anatomiczne twardzieli"*.

Mówca przedstawia w sposób systematyczny na kilkudziesięciu oryginalnych obrazach, rzuconych na ekran, zmiany makro- i mikroskopowe twardzieli. Na początku zaznacza, że sekcyjnie twardziel zachodzi bardzo rzadko. W materjale Instytutu anatomji patologicznej lwowskiej na 31.962 sekcyj było tylko 23 przypadków twardzieli i to nie w każdym roku; przypadki odnośne zaszły w 16 latach. Z tego wypada, że zaledwie w 0,07% twardziel zachodziła na stole sekcyjnym. W instytucie lwowskim medycyny sądowej było ich 8, i to przypadki śmierci nagłej. Przyczyną tego bardzo długi czas trwania choroby i fakt, że twardzielowi zwykle umierają z powodu choroby innej lub powikłań twardzieli. Mówca omawia różne postacie twardzieli i jej usadowienie się, podkreślając przypadki wyjątkowe usadawiania się sprawy poza drogami oddechowemi; przypadki podobne objaśnia na obrazach. Niewątpliwie najczęściej twardziel zachodzi w krtani, i to, według podziału mówcy, w postaciach czterech, t. j. guzkowej, rozlanej, guzowatej i bliznowatej. Guzowata postać zachodzi najrzadziej, inne zwykle kombinują się między sobą. Mówca przytacza powikłania w twardzieli, po największej części związane z tracheotomją. Stosunkowo często w materjale sekcyjnym stwierdza się przypadki nagłej śmierci, wywołanej nagłem zatkaniem jeszcze zaledwie drożnego światła krtani lub wypadnięcia kanjuli tracheotomijnej, jak to zachodziło w materjale mówcy. Z drugiej strony należy podnieść niezwykłe przystosowanie się ustroju do zwężeń krtani, nawet wysokiego stopnia, i to u ludzi oddających się ciężkiej pracy fizycznej. Do przykrych powikłań należą krwotoki śmiertelne

z przebicia ubytku odleżynowego tchawicy z kaniuli do tętnicy bezimiennej. Zachodzi to w przypadkach tracheotomji niskiej. W związku z trudnościami oddechowemi stwierdza się stosunkowo często przekrwienia żylne, jako następstwo niedomogi mięśnia sercowego, niekiedy przerosłego w zakresie komory prawej. W końcu mówca poświęca nieco czasu obrazom histologicznym twardzieli, podnosząc znaczenie praktyczne badania bioptycznego histologicznego dla pewnego ustalenia rozpoznania.

Sekretarz doroczny: *T. Chorążak.*

**Sekcja Neurol.-Psych. Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego.**

Protokół II-go posiedzenia z dnia 24 lutego 1932 r.
Przewodniczy: Prof. Dr. H. Halban.

Kol. Jaburek przedstawia: Chory lat 55. Jeden brat chorego zmarł na guz mózgu; zresztą wywiady rodzinne bez znaczenia. W lipcu 1930 r. przeszedł chory grypę, po której pozostały drętwienia dużego palca prawej stopy; utrzymywały się one przez trzy miesiące i spotęgowały aż do dokuczliwych bólów. Następnie skarżył się chory na krótkotrwałe zawroty głowy, wreszcie na „łamania" w obydwu rękach i bóle w okolicy serca. W pół roku po grypie typowe objawy *claudicatio intermittens,* bóle silniejsze po stronie lewej. W niedługi czas potem nagłe zaniewidzenie na oboje oczu trwające kilkanaście godzin z poprawą i ponownem przemijającem pogorszeniem.

U przyjętego wówczas do kliniki chorego stwierdzono: obie kończyny od kolan wdół chłodne, prawa blada, lewa z odcieniem sinawym. W czasie badania chorego zmienia się zabarwienie kończyn; prawa przedtem blada staje się różowa, lewa przedtem sinawa, trupio blada. Brak tętnienia *art. dors. pedis* obustronnie. Zresztą stan neurologiczny i internistyczny zupełnie ujemny, taksamo wszelkie badania dodatkowe. Ciśnienie krwi w granicach 130 do 150 mm Hg.

Leczenie konserwatywne zupełnie bez efektu. Taksamo operacja wedle Leriche'a. Z kliniki chirurgicznej przeniesiono chorego do kliniki wewn. celem naświetlań promieniami Roentgena. Tam obserwowano gwałtowne objawy psychiczne: chory niezorjentowany, nie można z nim nawiązać kontaktu, niespokojny, silnie podniecony. Azot pozabiałkowy z początku 82, potem 61 mg%. Po kilku dniach chory się uspokoił, w ciągu dalszych tygodni leczenia Roentgenem ustąpiły także bóle w nogach.

Nawiązując do tego przypadku z typowemi objawami stanów angioneurotycznych i objawami uremji przedstawia kol. Jaburek pokrótce stosunek angioneuroz do aterosklerozy i aterosklerozy do uremji. Opiera się przytem na teorji Volhardta, układającej cały szereg łagodnie przechodzących w siebie stanów chorobowych od zwyczajnych parestezyj aż do uremji eklamptycznej. Wedle tego autora można podzielić uremję na ostrą i przewlekłą. Uremja ostra czyli eklamptyczna charakteryzuje się brakiem zwiększonego azotu pozabiałkowego i obecnościa drgawek; z dużej grupy uremji przewleklej z typowym zespołem objawów można wyodrębnić pseudouremję cechującą się znowu brakiem zwiększonego azotu pozabiałkowego a obecnością objawów angioneurotycznych. Następuje analiza objawów demonstrowanego przypadku pod kątem widzenia teorji Volhardta.

W konkluzjach swych odnosi kol. Jaburek zaburzenia psychiczne chorego do angiospazmów mózgowych. Wilder podkreśla jako charakterystyczne dla tych ostatnich, że występuja wespół z akroparestezjami, asfiksją kończyn, cyjanozą, klaudykacją i *angina pectoris vasomotoria,* a więc z objawami, które wszystkie obserwowano u demonstrowanego chorego. Angiospazmy mózgowe określane przez francuskich autorów, począwszy od Grasseta, jako klaudykacja mózgowa, dają niekiedy objawy przemijających afazyj, połowiczego widzenia i ślepoty, dalej porażeń i kurczów.

Kol. Grabowski (jako gość) omawia leczenie chorego przez naświetlanie Roentgenem okolicy nadnerczy i n. trzewiowego. Uzyskuje sią znaczną poprawę, przedewszystkiem ustąpienie bólów.

Kol. Fraenklowa przedstawia chorego I. P., lat 43, urzędnika, który w połowie stycznia 1932 r. uległ przypadkowemu zaczadzeniu. Chory stracił przytomność, po 48 godzinach wystąpił prawostronny niedowład. Po dwóch tygodniach zauważono u niego zmiany psychiczne, stał się apatyczny, przestał mówić, zanieczyszczał się. W tym stanie przywieziono go do szpitala. Chory z początku był stale senny, apatyczny, prawie bez kontaktu. Wyraźne były u niego zaburzenia afatyczne i parafatyczne, ponadto zaburzenia apraktyczne. Z innych objawów stwierdzono twarz maskowatą, prawy dolny *facialis* gorszy, lekką sztywność karku. W kończynach górnych i dolnych wyraźny *rigor* o charakterze pozapiramidowym i skłonność do pozostawiania danej kończyny przez czas dłuższy w biernie nadanem położeniu. Ślad parezy prawostronnej, brak Babińskiego i Oppenheima. Taki stan utrzymywał się przez miesiąc. Chory całemi dniami leżał bez ruchu, apatyczny, prawie nie spełniał poleceń, karmiony stale sondą. W połowie marca, a więc po 6 tygodniach chory zaczął się wyraźnie poprawiać, objawy pozapiramidowe znikły zupełnie, prawostronna pareza utrzymuje się nadal. Mówi coraz lepiej, tylko przy trudniejszych wyrażeniach jeszcze widoczne zaburzenia parafatyczne. Natomiast w obrazie chorobowym na pierwszy plan wysunęły się obecnie konfabulacje o treści bardzo bogatej, więc np. między innemi, że w nocy przyszli do niego lekarze, którzy obcięli mu członek i założyli opatrunek, że operacja trwała bardzo długo i t. p. W kwietniu wszystkie objawy chorobowe zaczęły się cofać szybko, chory zaczął sobie przypominać coraz więcej szczegółów z przeszłości i zdawać sprawę ze swego stanu chorobowego. Z końcem kwietnia opuścił szpital z zupełną poprawą.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na kombinację zmian piramidowych i pozapiramidowych, które wystąpiły jako następstwo ognisk malatycznych po zatruciu tlenkiem węgla i ze względu na ciekawe konfabulacje w stadjum cofania się zaburzeń afatycznych i amnestycznych bezpośrednio przed zupełnym powrotem do zdrowia.

Podobny przypadek przedstawił Hildebrand na berlińskiem Towarzystwie neurologiczno-psychjatrycznem, gdzie po zatruciu tlenkiem węgla wystąpiły afazja, agrafja, aleksja, zaburzenia agnostyczne i apraktyczne wśród objawów ogólnej apatji, a nie demencji, podobnie jak w naszym przypadku. Różnorodność i bogactwo objawów w obu tych przypadkach świadczą o tem. że zmiany destruktywne w mózgu są rozsiane.

*W dyskusji* kol. Stein przytacza analogiczny przypadek. W dwa tygodnie po zatruciu tlenkiem węgla wystąpiła akineza i gwałtowny ból prawej kończyny górnej, potem zupełny *stupor,* trwający przeszło miesiąc, który przeszedł w krótkotrwające zamroczenie, po którem wystąpiło podniecenie manjakalne, nieco paranoidalnie zabarwione. Obecnie *restitutio* prawie *ad integrum.*

Kol. Frostig: *„Problemy farmakoterapji objawów psychowegetatywnych".* Wykład. Część I.

(Opublikowano w *Zeitschrift f. d. Ges. Neurol.).*

**Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.**

Protokół posiedzenia z dnia 5 października 1932 r.

1. Kol. J. Kalisz przedstawił 55-letniego mężczyznę, który użala się na *pieczenie i bóle w okolicy podniebienia twardego.* Przy badaniu stwierdzono, że całe podniebienie twarde było zajęte rozlanemi naciekami, w niektórych miejscach owrzodziałemi. Nacieczenia ciągną się od zębów do podniebienia miękkiego. Rozpoznanie różniczkowe waha się pomiędzy: kiłą, nowotworem a gruźlicą. W płucach chorego stwierdzono stare zmiany gruźlicze; Koch —, histopatologiczne badanie skrawka potwierdziło gruźliczy charakter schorzenia.

Przypadek zasługuje na uwage ze względu na rzadkość gruźlicy podniebienia twardego.

*W dyskusji* zabrali głos kol. Haber i referent.

2. Kol. S. Hurwicz wygłosił odczyt p. t.: *„Co w nowym kodeksie interesuje lekarza".*

*W dyskusji* zabierali głos kol. kol.: Mogilnicki, Ładyński, Wajs, J. Kon, Uryson, Gewircówna, Klozenberg, Jelenkiewicz i prelegent.

Protokół posiedzenia z dnia 19 października 1932 r.

1. *Pokazy chorych:*

Kol. Rabinowicz-Ginsbergowa przedstawiła chorą, lat 35, z oddziału wewnętrznego szpitala imienia Poznańskich. Przybyła do szpitala z powodu krwotoków płucnych. Bronchografja wykazała rozstrzeń oskrzeli prawego płuca. Prątki Kocha w plwocinie nieobecne.

Kol. Kryszek przedstawił chorą z wadą zastawki dwudzielnej, u której pod wpływem impulsów psychicznych występowały ataki dychawicy sercowej.

Kol. Sonnenberg przedstawił dwóch chorych, dotkniętych kiłą, u których w przebiegu leczenia salwarsanem wystąpił, jako powikłanie, czerwony liszaj płaski. U jednego chorego, 35-letniego mężczyzny, którego obserwował również kol. Reicher, liszaj w postaci odosobnionych grudek, blaszek i rozlanych zmian — wystąpił dopiero po trzeciej kuracji salwarsano-bizmutowej. Pierwsze dwie kuracje w r. 1931 przebył chory bez powikłań. Na błonie śluzowej policzków liszaj czerwony o postaci punkcikowatej, opalizującej. Drugi przypadek dotyczy 30-letniego mężczyzny. Kiła w okresie początkowym — wykwity liszaja na skórze o postaci odosobnionych grudek, na błonie śluzowej języka i policzków —

w postaci punkcikowatej. U chorego tego po drugiem zastrzyknięciu neosalwarsanu nastąpił zwiększony, ostry, nowy posiew takich samych wykwitów, w rodzaju odczynu Herxheimera. Przypadków powstawania liszaja czerwonego w związku z wprowadzonemi do ustroju arsenobenzolami opisano dotąd niewiele. Spostrzegano występowania omawianych wykwitów nietylko przy stosowaniu trójwartościowego arsenu, lecz i pięciowartościowego.

*W dyskusji* nad demonstrowanemi przypadkami:

Kol. Ł a g u n o w s k i e m u — w sprawie mechanizmu powstawania czerwonego liszaja płaskiego w związku z zastrzykiwaniem salwarsanu — kol. S o n n e n b e r g odpowiada, że w 1927 r. na Zjeździe Dermatologów Francuskich w Strassburgu, poświęconym wyłącznie czerwonemu liszajowi, na którym omawiano wszelkie przejawy, związane z liszajem czerwonym, omawiano również sprawę mechanizmu, lecz nic stanowczego w tej mierze nie ustalono.

Kol. R e i c h e r o w i: Jeśli w przypadku pierwszym, w którym liszaj czerwony powstał dopiero podczas trzeciej kuracji, powstawanie liszaja możnaby jeszcze było tłumaczyć biotropizmem, to jednak nie dałoby się tego uczynić w drugim, w którym liszaj powstał w początkowym okresie choroby, a więc w okresie, kiedy w ustroju jest największa ilość jadu syfilitycznego.

Kol. S o n n e n b e r g zamiast chorej, której sprowadzić nie mógł ze względu na podniesioną ciepłotę, pokazuje zdjęcie fotograficzne. Jest to przypadek czerwonego liszaja płaskiego, w którym liczne drobne grudki występują w ułożeniu półpaśćca, jednostronnie.

2. Kol. S o n n e n b e r g wygłosił referat p. t.: *„O wpływie leczniczym osutki posalwarsanowej"*.

Materjał do rozważań nad wpływem leczniczym osutek po salwarsanie, który stanowi treść niniejszej pracy oparł autor w głównej mierze na niezwykłym przypadku, obserwowanym w szpitalu św. Aleksandra w ciągu ostatnich 4-ch lat. Przypadek ten dotyczy 52-letniego mężczyzny, u którego osutki występowały w ciągu wymienionego okresu czasu kolejno trzykrotnie. Osutka, która u chorego wystąpiła po raz pierwszy, była zwykłą osutką toksyczną po salwarsanie, następne dwie — po dwóch latach — były osutki czynnościowe, powtarzały się one bowiem na uczulonym po pierwszej osutce ustroju w krótkich odstępach czasu, dwa razy: jedna po zastosowaniu 0,075 neosalwarsanu, druga — po 0,0014 bizmutu (metalu).

Po pierwszej osutce odczyn Wassermanna, który był u pacjenta w ciągu 28 lat wybitnie dodatni — zmianie nie uległ. Nie zmienił się również i wówczas, kiedy po dwóch latach powtórzyła się druga osutka. Kiedy dopiero wystąpiła trzecia osutka, co miało miejsce w 7 tygodni po drugiej, nastąpił w odczynie Wassermanna decydujący zwrot: odczyn stał się ujemnym i takim pozostał do chwili obecnej.

Po szczegółowem rozważeniu okoliczności, które towarzyszyły przebiegowi wymienionych osutek, autor przychodzi do wniosku, że zmiana w odczynie nastąpiła za sprawą dwóch ostatnich osutek. Do szczegółu tego autor przywiązuje dużo wagi ze względu na to, że te dwie osutki, jak to już wyżej zaznaczono, nie były toksyczne, lecz czynnościowe. W tem ujęciu, zdaniem autora, odsłania osutka jej istotny stosunek do zmian serologicznych we krwi. Jeśli bowiem w przypadkach osutek toksycznych po salwarsanie można tylko z pewnem prawdopodobieństwem przypuszczać, że do zmiany odczynu, obok wpływu leku, przyczynia się także i osutka, to w opisywanym przypadku, gdzie lek był zupełnie poza nawiasem wszelkiego oddziaływania, sprawa ta nie ulega już żadnej wątpliwości. Wpływ osutki występuje tu już z całą wyrazistością.

Rzecz inna — jak wielki jest ten wpływ.

I tu na podstawie tych samych okoliczności, jakie wynikały z osobliwego układu i kolejności wydarzeń w przebiegu opisywanego przypadku, a zwłaszcza z faktu, że nie było zmiany w odczynie Wassermanna ani po pierwszej, ani po drugiej osutce i że nastąpiła ona dopiero w ostatnim okresie pod spotęgowanym wpływem dwóch osutek, drugiej i trzeciej, które następowały po sobie w szybkiem tempie, przychodzi autor do wniosku, że oddziaływanie pojedyńczej osutki jest ograniczone i zakres jej wpływu jest nieszeroki.

Poparcie swego twierdzenia o ograniczonym wpływie osutki znajduje autor w przykładach codziennych, zwykłych osutek po salwarsanie i ilustruje rzecz na tablicy, na której zestawił 12 przypadków osutek posalwarsanowych, jakie obserwował w szpitalu Św. Aleksandra w ciągu ostatnich trzech lat. Twierdzenie swe opiera autor również i na przykładach, kiedy odczyny serologiczne, które po osutce stały się ujemnemi, zaczynają po pewnym czasie znów kształtować się dodatnio. (Streszczenie własne).

*W dyskusji* nad odczytem odpowiada kol. S o n n e n b e r g kol. K l o z e n b e r g o w i: Zarówno pierwszy przypadek kol. Klozenberga (obserwowany również przez Jadasohn'a), jak również i drugi przypadek, obserwowany przez kol. Klozenberga i prelegenta, potwierdzają pogląd, wypowiedziany we wnioskach przez kol. Sonnenberga, o ograniczonym wpływie osutki posalwarsanowej. Kol. G l i k s m a n o w i: Chory, o którym mowa w odczycie, nie był dotknięty bielactwem. Na stan barwika skóry, w przypadkach powikłań, o których mowa, Sonnenberg nie zwracał dotąd uwagi, uczyni to jednak przy następnych obserwacjach. Kol. Ł a d y ń s k i e m u: Wpływu konstytucjonalnej odrębności skóry, jako wyrazu zdolności odczynowej na bodźce wobec odchyleń w przebiegu omawianego powikłania — zaprzeczyć nie można. W rozważaniach prelegenta brane było pod uwagę przeciętne oddziaływanie na bodźce. Kol. K r y ń s k i e m u: Jeżeli w drugim przypadku osutka powtórzyła się i po zastosowaniu bizmutu, świadczy to, że ustrój był, jak i w przypadku, o którym mowa w odczycie, uczulony na salwarsan i bizmut. Co się tyczy 4-ch przypadków, obserwowanych przez kol. Kryńskiego, w którym odczyn Wassermanna po przejściu osutek nie uległ zmianie, to nie wiemy, jaką ilość salwarsanu wprowadzono w każdym z tych przypadków przed osutką. A ilość ta, jak to wynika z twierdzenia prelegenta o ograniczonym wpływie osutek, jest w tych wypadkach rzeczą dużej wagi. Kol. R e i c h e r o w i: Na zapytania, dlaczego powstania trzeciej osutki w opisanym przypadku prelegent nie przypisuje bizmutowi, osutka bowiem nastąpiła natychmiast po zastosowaniu bizmutu, Sonnenberg odpowiada, że ilość jednorazowo wprowadzonego tu bizmutu wynosiła 1,0 emulsji 10% *Mgist. Bism.*, co odpowiada ilości 0,0014 czystego metalu. Jest to ilość tak nikła, że śmiało można twierdzić, że bizmut był tu zupełnie poza nawiasem wszelkiego wpływu. Kol. F r e n k l o w i: W przypadkach, kiedy u syfilityka bywają jednocześnie zmiany na skórze, obejmujące duże obszary, jak naprzykład uogólniona łuszczyca, pryszczyca, choroba Duhringa i t. p., wpływu tych cierpień na odczyn Wassermanna zwykle nie spostrzegamy.

3. Kol. I m i c h wygłosił referat pod tytułem: *„O posocznicy przewlekłej pochodzenia migdałkowego"*. (Praca ukaże się w druku).

*W dyskusji* kol. M a ł o w i s t podkreślił trudności, jakie zachodzą nieraz przy określaniu, czy migdałki są powodem ogólnych objawów chorobowych. Uważa, że przy braku pewnych wskazań wyłuszczać migdałków nie należy. Kol. G l i k s m a n uczynił pewne zastrzeżenia w sprawie terminologji posocznicy. Kol. F r e n k e l zauważył, że niezrozumiałe jest wskazanie do tonsilektomji *ex juvantibus*, jak się wyraził prelegent. Kol. M a z u r podkreślił różnicę, jaka zachodzi między *tonsillitis exacerbata et chronica*. Kol. K r y s z e k wyraził pogląd, że stawianie wskazań do tonsilektomji należeć powinno do internistów. Miejscowe badanie migdałków nie jest zbyt miarodajne.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a z dnia 26 października 1932 r.

1. *Pokazy chorych:*

Kol. R e i c h e r przedstawił przypadek *sarcoma multiplex idiopathicum Kaposi*.

Kol. U r y s o n przedstawił chorą, która była przyjęta do szpitala z powodu *phthisis pulmonum declarata*, miała zastosowaną lewostronną odmę sztuczną. Na drugi dzień wystąpił dziwny objaw, w pozycji siedzącej zamiast tonów serca występują u niej dźwięki, przypominające trzepotanie ptaka, w pozycji leżącej wysłuchuje się normalne tony serca. Zjawisko to występuje przypuszczalnie wskutek zrostów osierdzia.

2. Kol. T a t a r z y ń s k a wygłosiła odczyt p. t.: *„Pokaz chorego z zaburzeniami rytmu naparstnicowemi"*.

*W dyskusji* kol. B e n d e r: przypadek omówiony przez kol. Tatarzyńską jest przykładem istnienia przeciwwskazań przy stosowaniu naparstnicy. Tętno bliźniacze uważać można za objaw zatrucia naparstnicą.

3. Kol. D a w i d o w i c z M. wygłosił referat p. t.: *„Przypadek zakrzepu żyły śledzionowej"*.

4. Kol. J. P i k wygłosił referat p. t.: *„Przypadek wągrowatości mózgu"*.

Sekretarz: *Dr. A. Tenenbaum.*

### Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a n a u k o w e g o z dnia 11-go października 1932 r.

1. Kol. R u t k o w s k i J. (czł. T-wa) i K a l i n o w s k i R. przedstawili *chorego z rakiem żołądka, operowanego we wczesnym okresie* (streszczenie własne): przypadek, który mi dostarczył do zabiegu operacyjnego kol. R. Kalinowski, zasługuje na uwagę jeszcze z tego względu, że jest to rak dwuogniskowy, jak to widać

na preparacie wyciętego żołądka, który przedstawiam. Przypadki takie są wyjątkowe (dwa przypadki Verségo, trzy Konjetznego, dwa Jasieńskiego, jeden — nasz). Na naszym preparacie na ścianie tylnej żołądka widzimy dwa oddzielne miękkie guzy, pokryte brodawkowatemi wyroślami, na niezbyt szerokiej podstawie, z których jeden wielkości około orzecha włoskiego, leży bliżej wpustu, drugi mniejszy — wielkości orzecha laskowego, bliżej odźwiernika. Badanie mikroskopowe (Dr. A. Siedlecka): *adenocarcinoma.* Raki te mogły powstać na podłożu przewleklego nieżytu żołądka.

*W dyskusji* kol. Kryński L. (cz. T-wa), podkreśla, że jedynem racjonalnem leczeniem raków żołądka jest leczenie chirurgiczne. Należy jednak zabieg operacyjny stosować możliwie wcześnie. W przypadkach raka sutka w 5/6 przypadków mamy dobre wyniki operacyjne, ale zabiegi operacyjne są wykonywane wcześnie, w przypadkach nowotworów narządów wewnętrznych statystyka jest dużo gorsza, bo naogół operacje są późne. Rozpoznawanie raka narządów wewnętrznych nastręcza niekiedy duże trudności. Przytacza przypadek własny oraz Hartmana, gdzie klinicznie wydawało się, że mamy do czynienia z wczesnym okresem raka, a na operacji okazało się, że sprawa jest daleko posunięta (zrosty z otoczeniem). Ma zastrzeżenia co do wyrażenia „we wczesnym okresie".

Kol. Paszkiewicz L., (czł. T-wa), na pytanie kol. Rutkowskiego co do możliwości wieloogniskowego powstawania nowotworów odpowiada twierdząco. Jest to rzecz znana i dotyczy nowotworów łagodnych np. włókniako-mięśniaki macicy. W żołądku jest to sprawa spotykana rzadko i trzeba się liczyć z możliwością przerzutu. Trzebaby dokładnie zdadać skrawki pomiędzy obydwoma tworami. Z punktu widzenia anatomo-patologicznego jest dość ryzykowne mówienie o przekształcaniu się nowotworów złośliwych w dobrotliwe.

Kol. Zaleski M. (czł. T-wa), wyjaśnia, że rozpoznanie raka żołądka oparł na nieprawidłowościach zarysów śluzówki, sztywności z drobnemi nierównościami. Po upływie 2 tygodni obraz rentgenologiczny był taki sam. To go utwierdziło w rozpoznaniu.

Kol. Rutkowski J. (czł. T-wa) — zgadza się z kol. Kryńskim, że trudno z całą pewnością twierdzić, że sprawa rozpoczęła się dopiero przed miesiącem, ale również z całą pewnością stwierdzić, że początek choroby datuje się od 3 lat, kiedy chory odczuwał pewne dolegliwości. *W odpowiedzi* kol. Paszkiewiczowi stwierdza, że klinicysta musi wierzyć w możliwość przekształcenia się nowotworów dobrotliwych w złośliwe, np. w przypadkach guzów piersi.

2. Kol. Rutkowski J. (czł. T-wa) i kol. Jaroszewicz Wł. przedstawili chorego, *operowanego z powodu dużego rozszerzenia żołądka w zwężeniu odźwiernika* (streszczenie własne): w dużem rozszerzeniu żołądka z powodu bliznowatego zwężenia odźwiernika samo zespolenie nie wystarcza do przywrócenia drożności. Żołądek taki źle się opróżnia przez zespolenie, gdyż po bokach jego zwisają dwa duże worki z zalegającą treścią. O ile stan chorego na to pozwala, R. jest zwolennikiem w tych przypadkach doraźnej resekcji dużego żołądka; o ile zaś stan jest ciężki, rozkłada zabiegi operacyjne na 2 tempa: najpierw zespolenie, potem usunięcie części żołądka, znajdującej się pomiędzy odźwiernikiem a zespoleniem. W omawianym przypadku R. dokonał odrazu resekcji, ponieważ stan chorego nie był najgorszy.

Byłoby pożądane, ażeby koledzy interniści zbyt nie przewlekali leczenia wewnętrznego (płókanie) i dawali chorych wcześnie do zabiegu niż *in extremis.*

Kol. Kryński L. (czł. T-wa) — stwierdza dodatnie wyniki zabiegu operacyjnego, wykonanego przez Kol. Rutkowskiego. Ponieważ jest to zabieg ciężki, uważa, iż należało zacząć od zabiegów lżejszych, a więc od pyloro-plastyki. Gdyby ta zawiodła, po paru tygodniach możnaby wykonać gastroduodenostomję, wytwarzając w ten sposób jaknajpomyślniejsze warunki dla trawienia. I dopiero w razie niepomyślnego wyniku należało pomyśleć o resekcji. W tym przypadku otrzymane pomyślne wyniki są w znacznej mierze zależne od młodego wieku chorego.

Kol. Zaorski J. (czł. T-wa) wyjaśnia, że w chwili obecnej chirurgja stara się leczyć podstawę choroby w przypadkach wrzodu żołądka. W omawianym przypadku duża kwasota wskazywała raczej na trwającą sprawę zapalną. Zabiegiem operacyjnym uzyskaliśmy drożność, ale zarazem pozbyliśmy się części żołądka, usuwając treść drażniącą. Do zabiegów, wspomnianych przez kol. Kryńskiego, nie uciekamy się, gdyż w przypadkach istniejących zrostów są trudne, lub niemożliwe. Możemy również natrafić na powierzchnię wrzodziejącą, co nie przyczyni się do wygojenia sprawy. Kol. Zaorski jest zwolennikiem metody Rydygiera, przy której usuwamy również część wydzielniczą.

Kol. Rutkowski J. (czł. T-wa) — *w odpowiedzi* kol. Zaorskiemu wyjaśnił, że wrzód był już zagojony, za czem przemawiało badanie treści. Wydaje mu się wątpliwem, aby można było osiągnąć wyniki dodatnie zapomocą metod plastycznych.

3. Kol. Mikułowski W. (czł. T-wa), przedstawił przypadek *infantilismi renalis* u 12-letniego chłopca (streszczenie własne): Chłopiec proporcjonalnie zbudowany, ma wagę dziecka 6-letniego, a wzrost chłopca 8-letniego, t. j. 16,6% odchylenia od normy. Badanie rentgenologiczne czaszki, kości długich i jam narządów wewnętrznych ujemne. W szkole jest najniższym chłopcem w klasie, posiada żywą inteligencję. Zahamowanie wzrostu zaczęło się w 6-tym roku życia. Od tego czasu chłopiec wykazuje przewlekłe, bezgorączkowe krwotoczne zapalenie nerek, ze względną kompensacją, z suchą retencją chloru, z acydozą, bez azotemii, z moczem o niskim ciężarze gatunkowym i z małą zawartością białka, skąpą hematurją i cylindrurją. Mimo twarzy bladej, kośćca drobnego i mięśni upośledzonych dziecko jest pozornie zdrowe, bo poza zwiększoną diurezą, wolne od dolegliwości. Jakkolwiek rola toksyczna ukrytego zakażenia gruźliczego nie jest w przypadku tej nefropatji wykluczona — to jednak trudno ją udowodnić. Brak podejrzeń w kierunku kiły wrodzonej.

Przypadek porusza zagadnienie przyczyny karłowatości dziecka niezależnej od krzywicy, ale od cierpienia nerek. Schorzenie przewlekłe tego narządu powoduje w skutku wypadnięcie funkcji endokrynalnej nerki. Sprawa ta wprowadzona została do piśmiennictwa przez autorów amerykańskich Hilla i Hunta.

*W dyskusji* kol. Sabat Br. (czł. T-wa) — uważa za wielką lukę brak rentgenogramów chorego, wobec czego tło karłactwa nie jest wyjaśnione.

Kol. Cieszyński T. (czł. T-wa), podkreśla brak badania psychiki w omawianym przypadku. Dziecko zachowywało się cały czas bardzo niespokojnie. Może pochodzi ono z rodziny neuropatycznej i nieprawidłowy rozwój psychiki doprowadził do takiego zahamowania wzrostu. Uważa za niesłuszne wiązanie karłowatości z niedomogą trzustki lub nerek, gdyż nie znamy żadnej wydzieliny tych narządów, któraby hamowała wzrost. Być może, iż w przyszłości zostanie to wykryte, w chwili obecnej jednak takie ujmowanie sprawy jest niesłuszne. Należy doceniać wpływ momentów psychicznych na wzrost.

Kol. Mikułowski W. (czł. T-wa) — wyjaśnia, że rentgenogramy chorego były zupełnie prawidłowe, również klinicznie nic nie przemawiało za zmianami w kościach (badanie krwi). Co do *infantilismus renalis* sprawa ta ma różne nazwy, i nie jest jeszcze całkowicie wyjaśniona.

4. Kol. Sabat Br. (czł. T-wa) wygłosił odczyt p. t.: *„Przyczynek do semjologji i patogenezy choroby Albers-Schönberga (marmurowatość kości)".*

*W dyskusji* kol. Paszkiewicz L. (czł. T-wa) zwraca uwagę na termin *osteoporosis,* które prelegent uważa za odwapnienie. Zapytuje, co wobec tego prelegent uważa za *halisteresis.*

Kol. Sabat Br. (czł. T-wa) wyjaśnia, że z *halisteresis* prawdopodobnie w patologji nie spotykamy się wcale. W krzywicy ilość wapnia w substancji kostnej odpowiada normie, podobnie jak w *osteoporosis.* Mamy natomiast do czynienia ze zmniejszeniem ilości beleczek w jednostce objętości.

5. Kol. Rudzki St. (czł. T-wa), wygłosił sprawozdanie z Międzynarodowej konferencji Przeciwgruźliczej w Hadze.

### Protokół posiedzenia naukowego z dnia 25-go października 1932 r.

1. Sekretarz Stały wygłosił wspomnienie pośmiertne o ś. p. Z. Monsiorskim (streszczenie własne).

Zygmunt Monsiorski urodził się w miasteczku Skalmierzu, ziemi Kieleckiej, w roku 1866 z ojca nauczyciela ludowego. Naukę szkolną pobierał w progimnazjum w Pinczowie, w roku 1880 przeniósł się do gimnazjum w Piotrkowie Trybunalskim, które ukończył w r. 1884. W tymże roku, ulegając życzeniu ojca, wstąpił na wydział lekarski Uniw. Warsz. Zrażony widokiem trupów w prosektorjum, przerwał studja lekarskie i wstąpił na wydział prawny. Ulegając jednak namowom ojca, wstąpił ponownie na wydział lekarski i ukończył go w r. 1890. W okresie pobytu w uniwersytecie odsiedział 3 miesiące w cytadeli warszawskiej za szerzenie oświaty wśród ludu.

Po ukończeniu studjów lekarskich osiadł w Radzyminie. Praktykował tu w ciągu 3 lat w bardzo ciężkich warunkach materjalnych. Dzięki nadzwyczajnej oszczędności uciułał nieco grosza, co umożliwiło mu wyjazd na studja do Paryża. Poświęcił się tu z zapałem położnictwu i ginekologji, pracował u prof. Pinarda i Pozziego, jako owoc tej pracy uzyskał stopień doktora medycyny po obronie rozprawy o łożysku przodującem.

W r. 1896 wrócił do kraju i osiadł w Warszawie, gdzie rozpoczął praktykę prywatną. Rok cały był asystentem-wolontarjuszem oddziału Franciszka Neugebauera w szpitalu ewangelickim. W r. 1897 powierzono mu prowadzenie przychodni ginekologicznej w szpitalu Wolskim. Na stanowisku tem, pomimo nadzwyczaj lichych warunków pracy, pozostał wytrwale w ciągu lat 15, i nie zrażając się temi warunkami, rozwinął energiczną działalność. Na początku brak było w szpitalu sali operacyjnej, brak bodaj najprostszych narzędzi, nie mógł więc operować na miejscu, dlatego na własny koszt umieszczał pacjentki w jednej z lecznic warszawskich i tam bezinteresownie operował. Gdy wreszcie powstał w szpitalu wolskim oddział chirurgiczny, za zgodą ordynatora tego oddziału korzystał z sali operacyjnej i coraz bardziej zdobywał doświadczenie w chirurgji operacyjnej ginekologicznej. Te jego poczynania zwróciły nań uwagę młodszych lekarzy, którzy coraz liczniej gromadzili się przy jego boku, tworzyła się powoli szkoła, z której wyszedł szereg dobrze wyrobionych ginekologów.

Podczas wojny światowej w końcu r. 1914 objął Monsiorski oddział chirurgiczny w szpitalu wojskowym, urządzonym w gmachu byłego korpusu kadetów i prowadził go z powodzeniem w ciągu 2 lat. W roku 1916 został zamianowany ordynatorem zakładu położniczego miejskiego im. Anny Mazowieckiej, po 8 latach — w roku 1924 został ordynatorem oddziału ginekologicznego w szpitalu Przemienienia Pańskiego, na którem to stanowisku pozostawał aż do chwili zgonu. Na wszystkich wymienionych stanowiskach prowadził pracę na sposób kliniczny.

Prócz pracy zawodowej szpitalnej i prywatnej interesował się w wysokim stopniu również pracą społeczną i naukową. Piastował godność wiceprezesa sekcji ginekolgicznej w Tow. Lek. Warsz., był wspólnie z Dr. Czesławem Stankiewiczem założycielem pierwszego pisma ginekologicznego polskiego „Ginekologja". W późniejszych czasach był jednym z twórców Towarzystwa Ginekologicznego Warsz. i był jego pierwszym prezesem. Był docentem ginekologji Wydziału Lekarskiego U. W. i na tem stanowisku rozwinął energiczną działalność pedagogiczną.

Był członkiem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego od roku 1906 i w pierwszych latach swego członkowstwa brał czynny udział w życiu naukowem Towarzystwa.

Poświęcił dużo czasu pracy lekarsko-literackiej, ogłosił drukiem 23 rozpraw w pismach perjodycznych lekarskich, pozatem wydał w roku 1924 podręcznik pod tytułem „Diagnostyka Ginekologiczna" oraz przetłumaczył i wydał podręcznik Pozziego z dziedziny ginekologji.

Zmarł nagle 26 sierpnia 1932 r.

Jak widzimy — pracował Monsiorski uczciwie na wielu polach, wypełniwszy swe życie pożyteczną pracą dla dobra społeczeństwa.

Cześć Jego pamięci!

2. Kol. Zembrzuski L. (czł. T-wa) wygłosił *„Krótkie sprawozdanie z IX-go Międzynarodowego Zjazdu Historyków Medycyny w Bukareszcie"*.

Zastępca Sekr. Dorocznego: *M. Kruszówna.*
Prezes: *Witold Orłowski.*

---

## KOMUNIKAT.

*Ministerstwo Opieki Społ. ogłosiło sprawozdanie o „szczepieniu przeciw durowi osutkowemu metodą Prof. Weigla", które w streszczeniu podajemy.*

Długoletnie doświadczenia Prof. Weigla, kierown. Zakładu Biologji Ogólnej we Lwowie, doprowadziły do wyprodukowania szczepionki przeciw durowi osutkowemu z jelit wszy zakażonych, w których, jak wiadomo, zarazek nawet przez szereg lat hodowany nie ulega zmianie i nie traci swej zjadliwości, ani też swych własności antygenowych. Jednakże metodą tą można wyprodukować tylko pewną ograniczoną ilość tej szczepionki, która zresztą jest stosunkowo, jak na dzisiejsze warunki, dość droga, a dopiero gdy się uda sporządzić pożywkę sztuczną, na której Rickettsia Proważki będzie rosła dobrze w postaci niezmienionej, nie tracąc żadnych swych właściwości, można będzie mówić o zupełnem i praktycznem rozwiązaniu tego zagadnienia. Mimo to Departament Służby Zdrowia, doceniając niezmierną ważność tego zagadnienia dla sprawy zwalczania duru osutkowego w Polsce, zainteresował się żywo sprawą tej szczepionki, wszedł w porozumienie z Prof. Weiglem i zabezpieczył sobie coroczne dostarczenie pewnej ilości szczepionki, a to celem wypróbowania oraz zbadania jej działania i skuteczności, nie tracąc z oka ostatecznego celu, t. j. skutecznego popierania badań Prof. Weigla w kierunku ich pomyślnego ukończenia.

Szczepionką, otrzymaną od Prof. Weigla, szczepiono w pierwszym rzędzie osoby, mające bezpośrednią styczność z durem osutkowym, a więc najbardziej narażone na zakażenie się, jak lekarzy, personel dezynfektorski i szpitalny, obsługę kolumn epidemicznych, pracujących wśród ludności zawszawionej, gdzie zakażenia nie da się uniknąć, a dopiero na drugim planie postawiono sobie zadanie szerszego jej stosowania zapobiegawczego przez jaknajwcześniejsze szczepienie osób należących do otoczenia chorych na dur osutkowy. W ten sposób więc wykorzystano celowo dostarczoną szczepionkę, a ponadto użyto ją już jako jednego z najskuteczniejszych środków w walce z tą epidemją celem uodpornienia szerszych kół ludności, narażonej na zakażenie, np. przy epidemjach w więzieniach, przytułkach i t. p.

W roku 1931 i 1932 szczepiono prawie wszystkie osoby trzykrotnie w odstępach 3—5-dniowych, za każdym razem po 1 $cm^3$ podskórnie szczepionką, zawierającą dawki wzrastające. Szczepionka w obu tych latach nie była jednolita. W roku 1931 szczepiono szczepionką po raz pierwszy, zawierającą zarazek, wydobyty z 25 wszy zakażonych, a więc około 1.250 miljonów zabitych Rickettsij, drugi raz szczepionką o zarazku, wydobytym z 50 wszy zakażonych, t. j. około 2.500 miljonów Rickettsij, a trzeci raz szczepionką o zarazku, wydobytym ze 100 wszy zakażonych, t. j. około 5.000 miljonów Rickettsij. A więc na jedno szczepienie zużyto materjał zakaźny, wydobyty ze 175 wszy zakażonych.

W roku 1932 używano szczepionki, którą Prof. Weigel zmodyfikował, zmniejszając ilość materjału zakaźnego dla każdej ampułki szczepionki, a więc na pierwsze szczepienie 20, na drugie 40, a na trzecie 60 wszy zakażonych, czyli razem na 1 pełne szczepienie tylko 120 wszy zakażonych.

Ogółem zaszczepiono zapobiegawczo szczepionką Prof. Weigla w latach 1931 i 1932 razem 2.794 osób, w tem 131 lekarzy, 517 osób z personelu sanitarnego, 1.805 osób z bezpośredniego otoczenia chorych na dur osutkowy, a wreszcie 341 osób innych, bardzo narażonych na zakażenie się wskutek styczności bezpośredniej z zakażoną względnie zawszoną ludnością miejscowości zakażonych, jak nauczycieli, funkcjonarjuszów policji państwowej i służby gminnej, duszpasterzy, służbę kościelną, aptekarzy, żołnierzy i t. p.

Odczyny poszczepienne u osób, zaszczepionych tą szczepionką, były naogół takie same, jakie obserwuje się po stosowaniu innych szczepionek podskórnych, a więc w przeważającej ogromnej liczbie przypadków albo żaden, albo też słaby odczyn miejscowy z zaczerwienieniem i lekkim obrzękiem oraz krótkotrwałą bolesnością w miejscu wstrzyknięcia. W nielicznych przypadkach obserwowano ból głowy, ewentualnie krótkotrwałe podniesienie ciepłoty do 38°, w kilku zaś przypadkach lekkie do 24 godzin trwające obrzmienie najbliższych gruczołów chłonnych.

Komplikacyj poszczepiennych cięższych nie obserwowano naogół z wyjątkiem 3 przypadków wstrząsu anafilaktycznego; duszność, sinica, tętno przyśpieszone do 130 na minutę, obrzęk silniejszy w miejscu zastrzyku oraz swędząca pokrzywka na całem ciele, trwająca 5—8 godzin; w jednym przypadku były z początku wymioty. Wszystkie te trzy przypadki dotyczą pierwszego szczepienia, wobec czego dalszych szczepień już nie dokonywano.

Z osób szczepionych w obu latach pięć osób zapadło na dur osutkowy w czasie od 2—5 dni po dokonaniu tylko pierwszego szczepienia; dziesięć osób w czasie od 2—5 dni po dokonaniu także drugiego szczepienia. Po dokonaniu wszystkich trzech szczepień zachorowało czternaście osób w 2 do 5 dni po ostatniem szczepieniu, a więc w czasie, kiedy najprawdopodobniej odporność jeszcze się nie wytworzyła, względnie gdy szczepienie zapobiegawcze rozpoczęto w czasie, w którym szczepiony był już w stadjum wylęgania, chociaż jeszcze bez widocznych objawów chorobowych.

Badanie krwi tych chorych wykazało w 8 przypadkach Weil-Felixa dodatniego, w jednym przypadku negatywnego, w pięciu przypadkach krwi nie badano. U wszystkich tych chorych przebieg choroby był łagodny, przypadków śmierci nie było.

Pozostaje jeszcze do omówienia sprawa zachorowania 4-ch osób w czasie od 2—5 miesięcy po dokonanem trzykrotnem szczepieniu. Tu należą zachorowania:

1) lekarza powiatowego Dr. L. po 3 miesiącach. Przebieg choroby bardzo łagodny, gorączka trwała 10 dni. *Weil-Felix negatywny;*

2) dezynfektora w Pińsku po 4 miesiącach. Choroba trwała 6—7 dni, chory cały czas przytomny, gorączka najwyższa 38°, nieznaczna wysypka w postaci plamek. *Weil-Felix ujemny;*

3) sanitarjuszki szpitala w Stanisławowie po 3 miesiącach. *Weil-Felix ujemny.* Gorączka dochodziła do 40°, ale tylko jednego dnia, wogóle trwała 12 dni;

4) rolnika z Kobyłki po 3 miesiącach. *Weil-Felix ujemny.* Gorączka trwała ogółem 8 dni, dochodząc do 39,6°. Przebieg łagodny.

Badania nad czasem trwania odporności i nad działaniem szczepionek słabszych są w toku.

---

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

*Odznaczenia i wiadomości osobiste.*

Prof. dr. Władysław Szymonowicz ze Lwowa wybrany został na czynnego członka Wydziału Lekarskiego Polskiej Akademji Umiejętności, zaś dyrektor Państw. Zakładu Higjeny Filja w Krakowie, dr. Eisenberg i prof. dr. Włodzimierz Koskowski ze Lwowa — członkami-korespondentami.

Prof. Dr. Wacław Moraczewski prorektor Akademji Medycyny Weterynaryjnej, został wybrany członkiem zwyczajnym Wydziału Przyrodniczo-Matematycznego Towarzystwa Naukowego we Lwowie.

*Zmarli.*

Dr. Tytus Vrabec, b. prymarjusz Szpitala powszechnego we Lwowie, znany rentgenolog, zmarł we Lwowie w 55 roku życia.

Dnia 12 czerwca zmarł w Warszawie dr. Czesław Sadkowski, b. długoletni lekarz Szpitala św. Rocha i magistratu m. st.. Warszawy, b. sędzia Izby Lekarskiej Warszawsko-białostockiej, przeżywszy lat 67.

Dnia 11 czerwca b. r. zmarł w Warszawie dr. Jan Feliks Różycki, podpułkownik-lekarz w stanie spoczynku, członek Komisji Lekarskiej Kasy Chorych st. m. Warszawy, przeżywszy lat 51. Do zasług ś. p. dr. Różyckiego zaliczyć trzeba utworzenie Instytutu Badań Lotniczo-Lekarskich, którego był inicjatorem.

W Gołańczy zmarł dnia 5 czerwca dr. Roman Suszczyński.

*Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.*

Na posiedzeniu Wydziału Lekarskiego Polskiej Akademji Umiejętności w dniu 16 czerwca 1933 r. zostały przedstawione prace pp. Sierakowskiego i Zabłockiego, pp. Pelczara i Bieloszabskiego, pp. Hirszfelda, Halberówny, Flokszrumpfa i Kołodziejskiego z zakresu serologji; dalej pracę p. Marciniaka z zakresu teratologji, p. Modrakowskiego i Sikorskiego z zakresu farmakologji i p. Juera z zakresu chemji fizjologicznej.

Posiedzenie naukowe Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się dnia 20 czerwca b. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Michalski Zdz., czł. T-wa: „W sprawie polskiej prasy lekarskiej"; 2) Bloch M.: „O samowyleczalności i uleczalności jam gruźliczych".

Lwowskie Tow. Lek. odbyło dnia 23 czerwca b. r. XXI-sze posiedzenie naukowe z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. Progulski, czł. T-wa i kol. Chwalibogowski A.. czł. Twa: „Naskórna próba tuberkulinowa z gruźlicy dziecięcej" (komunikat); 2) kol. Hornung, czł. T-wa: „Sprawozdanie z konferencji odbytej w dniach od 2 do 4 czerwca b. r. w Leysin w Szwajcarji w sprawie ochrony zdrowia młodzieży akademickiej"; 3) kol. Naróg, czł. Twa: „Zastosowanie i wartość lecznicza diatermji w chorobach oczu".

*Różne.*

W ostatnim numerze (23) Klin. Woch. przedstawia v. Tyszka statystyczne dane o odżywianiu się robotników niemieckich. Dane te wskazują na niedostateczne odżywianie się częściowo tylko zatrudnionych i bezrobotnych. O ile pokrycie kaloryczne jest naogół utrzymane w znośnych granicach, o tyle skład jakościowy pożywienia jest zły; zmniejszenie się pokarmu pochodzenia zwierzęcego jest bardzo silne. Deficyt białkowy jest znaczny, bezrobotny spożywa dziennie 52 g białka i to przeważnie mniejwartościowego białka roślinnego. Mięso, masło, jaja, jarzyny, cukier używane są rzadko lub też stają się zupełnie niedostępne. Wzrasta spożycie ziemniaków, jako materjału najłatwiej dającego choć przejściowe uczucie nasycenia.

W pracy v. Tyszki przedstawiającej ciężki stan rzeszy robotniczej nie brak i momentów uczuciowych a nawet lekkich przytyków w stronę zagranicy. Należałoby tu może dodać, że głód ludności w Niemczech ma swe i wewnętrzno-polityczne przyczyny, o których autor nie wspomina, a które zakazując dowozu z zewnątrz produktów zwierzęcego pochodzenia (mięso, masło, jaja), powodują taką ich drożyznę, iż stają się one dla warstw uboższych niedostępnemi. Mała notatka w kronice tegoż pisma o tem, iż głównym tematem obrad zjazdu chemików niemieckich było zagadnienie samowystarczalności Niemiec przy użyciu tłuszczów syntetycznych wskazywałaby na to, że sprawa autarkji wyżej jest w Niemczech stawianą od zaopatrzenia ludności w tanie i dostateczne pożywienie.

Artykuł dra Zdzisława Maurera p. t. „Akuszerki w zwierciedle swego zawodu i partactwa leczniczego" ogłoszony w r. 1932, nr. 48—49 P. G. L. i przedrukowany w organie Stowarzyszenia Zawodowego Położnych „Położna" wywołał na łamach tego pisma gorącą polemikę. Ostatni zeszyt czerwcowy poświęcony jest prawie wyłącznie tej sprawie. Treść podajemy w dziale „Bibljografja".

Szpitale i sanatorja m. Warszawy obniżyły dla studentów wyższych uczelni warszawskich opłaty do 85% cen, płaconych przez mieszkańców m. Warszawy.

Rewizja procesu lubeckiego w wyższej instancji zatwierdziła wyrok w tej sprawie wydany w Lubece, t. j. skazanie prof. Deycke'go i dr. Altstädta, a uwolnienie od winy prof. Klotza i asystentki prof. Deycke'go.

Do Nr. 6 „Polskiej Stomatologji" został dołączony Nr. 3 czasopisma „Słoviańska Stomatologja". Jest ono próbą stworzenia ścisłej łączności wzajemnej słowiańskiego świata lekarskiego. Charakter tej próby ilustruje artykuł *Od Redakcji,* który podajemy w całości:

„Vydavnictvo naše jest ješče v okresie prób. Ażeby udostępnić referaty prac autorόv słoviańskich čytelnikom všystkich krajóv słoviańskich mimo różnicy języków, vprovadziliśmy transkrypcję międzysłoviańską i vydali numer 1-šy z tekstem polskim ve Lvovie, 2-gi zaś z tekstem českim v Pradze, dodając do niego słovnik česko-polski. Pismo naše spotkało się z krytyką — přeważnie życlivą — z różnych stron i zainteresovało nietylko stomatologóv, ale i także slavistóv.

Zdajemy sobie spravę z tego, że nie doślismy ješče do ideału, że dodanie słovnika nie rozviązuje ješče v zupełności zrozumienia tekstu obrazu bez všelkich trudności. Dlatego podejmujemy próbę novą, přystępując do drukovania referatóv v języku čytelnika kraju, v którym drukovany zostanie odnośny numer pisma, a następnie v języku autora. Staviając obok siebie v dvóch rόvnoległych kolumnach treść v dvóch językach, chcemy ułatvić čytelnikom naučenie się języka drugiego słoviańskiego na tekście znanym, přez vprovadzenie zaś transkrypcji zacieramy różnice, povstające optyčnie v piśmie a nie istniejące v movie.

Na opóźnienie v ukazaniu się 3-go numeru vpłynęły brak tłumača stomatologa z języka českiego na polski ve Lvovie, następnie trudności v zaopatřeniu v odpoviednie čcionki drukarni. Ponieważ rękopisy do numeru następnego są już přygotovane, numer čvarty „Słoviańskiej Stomatologji" ukaže się niebavem. *Cieszyński*".

*Komunikaty.*

Monitor Polski Nr. 136 ogłosza Orzeczenie Najwyższego Trybunału Admin. w kilku sprawach sanitarnych: prawo wykonywania praktyki lekarskiej, sprawy aptekarskie, sprawy walki z epidemjami.

*Redakcja otrzymała.*

*J. Lifschitz:* Der dialektische Materialismus und die klinische Medizin. — Allukrainische Geselschaft zur Förderung d. kulturellen Verbindungen mit d. Auslande. — Medwydaw, Charkiw, 1932.


| CENY OGŁOSZEŃ | 1/1 | 1/2 | 1/4 | 1/8 | 1/16 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| okładki i w tekście miejsca zastrzeżone | zł 220.— | zł 120.— | zł 65.— | zł 35.— | — |
| Inne strony . . . . . . . . . | zł 180.— | zł 100.— | zł 55.— | zł 30.— | zł 20.— |

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

**PRENUMERATA NA KWARTAŁ III-ci**

| | |
| --- | --- |
| w kraju . . . . . . . . . . | zł 14.— |
| zagranicą . . . . . . . . . | $ 2.50 |